



**Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

Expectativas face à vida profissional dos futuros médicos, em
Portugal: estudo qualitativo

Dissertação para obtenção de grau de mestre
em Saúde e Desenvolvimento

ABRIL/2014



**Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

Expectativas face à vida profissional dos futuros médicos, em
Portugal: estudo qualitativo

Autor: Sandra Cristina dos Reis Ferreira

Orientador: Professora Doutora Inês Fronteira

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção de grau de mestre em Saúde e Desenvolvimento

RESUMO

Introdução

Nos últimos anos temos assistido a grandes modificações e desafios no sector da saúde, com reformas ao nível da organização cultural, reestruturação de serviços, encerramento de algumas urgências e maternidades, reduções de vencimento e grandes cortes ao nível do financiamento dos serviços. É necessário perceber, qual o impacto, que esta reforma tem provocado nas expectativas profissionais dos futuros médicos de Portugal. Sendo as expectativas um dos determinantes da motivação, estas são um factor crucial para o desempenho de um serviço de qualidade e com eficiência.

Métodos

Foi realizado um estudo qualitativo e a abordagem metodológica foi um estudo de caso, com uma amostra intencional por conveniência, seleccionada por questões de proximidade e acessibilidade da investigadora. A informação foi recolhida através da técnica de grupos focais a internos do ano comum e da especialidade, da Administração Regional de Saúde do Alentejo, mais precisamente na cidade de Évora. Realizaram-se 4 grupos focais, onde participaram 10 internos do ano comum e 9 internos da especialidade. Os dados obtidos durante a realização dos grupos focais foram os sujeitos a análise de conteúdo e foi realizada uma breve caracterização dos indivíduos que participaram.

Resultados e discussão

Em todos os grupos verificou-se uma incapacidade de pensar e planear o futuro, apresentando como principal razão as constantes alterações aplicadas com a reforma no sector da saúde. Observou-se uma ausência de expectativas relativamente ao seu futuro profissional, com grande preocupação em relação ao possível desemprego médico. Os internos do ano comum pretendem na sua maioria especialidades hospitalares. Mas mantêm a preocupação relativamente à possibilidade de não conseguirem vaga para a realização da especialidade.

Conclusão

Estes futuros médicos necessitam de esperança e de um elementos motivadores, activadores de comportamento, que possibilite um aumento das suas expectativas e consequentemente um melhor desempenho profissional futuro.

Palavras chave: expectativas profissionais; internos de medicina; reforma sector saúde.

ABSTRACT

Introduction

In the last years, Portugal went through a health sector reform, with huge changes and challenges in the organizational culture, service restructuration, some maternities and emergencies services closed, reductions in salary and there was some major cuts in the budget allocated to the health services. These are some examples of the health reform and it is important to understand the impact in the professional expectations of the future doctors in Portugal. Expectations are one of the determinants of motivation and are an essential factor to improve performance with efficiency.

Methods

Qualitative research, using an exploratory case study. The sample was *purposefully* selected because it was where the research take place. Using 4 focus groups with the participation of 10 residents of common year and 9 residents doing their specialization, on the Regional Health Administration of Alentejo, in Évora city. All data were analysed using content analysis and it was done a characterization of the participants.

Results and discussion

In all groups we identified a difficult to think about and plan the future, and the main reason given was the constant changes implemented by the health sector reform. There was a lack of expectations relatively to the professional future, with anxiety towards the medical unemployment. The residents of the common year prefer to choose hospital specialties, but at the same time are concerned that there might even not be any place for them in any specialty.

Conclusion

The future doctors of Portugal need hope and motivation in the work context, so they increase their expectations and consequently have a better performance in the professional life.

Key words: professional expectations; medicine residents; health sector reform.

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO.....	1
2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
2.1 - Expectativas.....	4
2.2 – Expectativas profissionais.....	5
2.3 - Expectativas profissionais para os novos médicos especialistas	9
2.4 - Serviço Nacional de Saúde em anos de Troika.....	10
2.5 - Caracterização do mercado de trabalho	11
2.5.1 - Planos de retenção e mobilidade.....	11
2.5.2 - Condições de trabalho.....	13
2.5.3 - Emigração	14
2.6 - Licenciatura de Medicina em Portugal.....	17
2.6.1 - Reestruturação após 25 de Abril de 1974.....	17
2.6.2 - Processo de Admissão	21
2.6.3 - Escolas Médicas em Portugal.....	22
2.7 - Estudantes de Medicina Portugueses em Universidades Estrangeiras.....	24
2.8 - Após a Universidade.....	24
2.8.1 - O Internato.....	24
2.9 - Justificação teórica da investigação	27
3. OBJECTIVO GERAL E ESPECÍFICOS.....	28
4 - MATERIAL E MÉTODOS	29
4.1 - Tipo de estudo.....	29
4.2 - Amostra	29
4.3- Colheita de dados.....	30
4.4 - Método de análise de dados.....	33
4.5 - Implicações éticas e legais.....	34
4.6- Conflitos de interesse.....	34
5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
5.1 - Caracterização dos participantes	35

5.2 - Análise das expectativas profissionais futuras.....	36
5.2.1 - Expectativas gerais do futuro profissional	36
5.2.2 - Planos para a vida profissional e carreira médica	39
5.2.3 -Problemas e oportunidades futuras	45
5.2.4 - Numerus clausus vs capacidade formativa	48
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
8 - ANEXOS.....	58
ANEXO I – Convite para a realização do Grupo Focal.....	59
ANEXO II – Guião para o grupo focal.....	60
ANEXO III – Questionário sobre as características socio-demográficas entregue durante os grupos focais.....	62
ANEXO IV – Formulário entregue para assinatura Consentimento informado	63

LISTA DE ABREVIATURAS:

AC – Ano Comum

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CMIM – Curso de Mestrado Integrado em Medicina

GF – Grupo Focal

GFs – Grupos Focais

GFIAC – Grupo Focal Internos do Ano Comum

GFIE – Grupo Focal de Internos da Especialidade

GFIEH – Grupo Focal de Internos da Especialidade Hospitalar

GFIMGF – Grupo Focal Internos de Medicina Geral e Familiar

GMC – General Medical Council

IAC – Interno do Ano Comum

IE – Internato da Especialidade

IEH – Internos da Especialidade Hospitalar

IMGF – Internos de Medicina Geral e Familiar

IM – Internato Médico

OM – Ordem dos Médicos

PNS – Plano Nacional de Saúde

PSN – Prova de Seriação Nacional

RH – Recursos Humanos

RHS – Recursos Humanos em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Inês Fronteira o meu agradecimento pela sua orientação e principalmente pelas oportunidades académicas e apoio durante estes últimos meses.

Quero agradecer aos internos que participaram no estudo, que apesar do seu pouco tempo livre me dispensaram duas horas da sua vida.

À Unidade de Saúde Familiar Salus, de Évora, que me concedeu o espaço necessário para realizar os grupos focais.

Aos meus colegas do mestrado. Sem vocês tudo seria mais difícil. Obrigada, Miguel, Clara, Teresa, Ana Afonso, Jussara, Joana, Patrícia, Ana Mamede, Zélia, Daniela e Rui. Vocês são fantásticos!

À minha irmã Pati e aos meus pais.

E por últimos aos anjos da minha vida, Paulo, Sara e Vicente. Sem vocês este trabalho não teria sido possível.

1 - INTRODUÇÃO

Nos últimos anos temos assistido a grandes modificações e desafios na saúde, com reestruturações de serviços, o encerramento de algumas urgências e maternidades, reduções de vencimento e grandes cortes ao nível do financiamento dos serviços. Estes são só alguns dos exemplos da reforma dos serviços de saúde, e que inclui ainda, mudanças significativas ao nível do financiamento, como por exemplo com a redução dos orçamentos hospitalares ou a redução de comparticipações em exames auxiliares de diagnóstico e medicamentos. A gestão e contratação dos Recursos Humanos em Saúde (RHS) também sofreram modificações, como a impossibilidade, desde a entrada da *Troika* (Comissão Europeia, Fundo monetário Internacional e Banco Central Europeu) em Portugal, da contratação de Recursos Humanos (RH), (só em casos de excepção poderão ser realizados contractos), a redução do vencimento e os cortes nas horas extraordinárias, exemplos paradigmáticos da reforma do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Os RHS foram confrontados com a necessidade de cumprir objectivos que, até hoje, eram consideradas metas teóricas. O curso de medicina também sofreu grandes modificações como, por exemplo, a reestruturação da licenciatura derivado ao “Processo de Bolonha” num mestrado integrado com 6 anos de duração ou o aumento do *numerus clausus*. Todas estas alterações estão a provocar grande preocupação e algum receio em termos do futuro da carreira médica em Portugal, especialmente devido ao grande aumento do número de candidatos ao internato. De acordo com o Bastonário da Ordem dos Médicos, neste momento, está colocada em causa a qualidade da formação pré-graduada e a capacidade do SNS de responder ao pedido de todos os candidatos à realização do internato da especialidade, afirmando que “o desemprego irá existir muito rapidamente”.

Apesar da reforma que tem vindo a ser implementada no sector da saúde a carreira médica ainda continua a ser atractiva, com o preenchimento anual de todas as vagas disponíveis para a realização do curso de medicina. As expectativas de um jovem estudante que pretende seguir a carreira médica ainda são muito elevadas, com grande

esperança ao nível da independência financeira. É uma profissão que confere estatuto social, com ensino de qualidade, acarinhada pelos familiares e que representa o seu reconhecimento na sociedade (Trindade & Vieira, 2009).

Porém, o acesso ao curso de medicina não é possível para todos os candidatos com esperança de uma carreira médica. Muitos dos candidatos a escolas médicas portuguesas que não conseguem entrada, procuram realizar o curso no estrangeiro como por exemplo, em Espanha, Inglaterra ou República Checa (Ribeiro et al., 2013).

Em 2010, formaram-se em medicina, pelas Universidades Portuguesas, 1280 alunos, considerado um valor limite para a capacidade formativa em Portugal. O número de alunos inscritos no primeiro ano sofreu um aumento de 298% entre 1995 e 2010. Em 2016 espera-se que, em média, se graduem 1900 médicos (Santana et al., 2013).

Com o constante aumento no número de alunos, particularmente entre 2006 e 2012, verificou-se a necessidade de aumentar o número de vagas para o Internato do Ano Comum (IAC) o que correspondeu a um aumento líquido de cerca de 600 vagas (Santana et al., 2013). Este aumento, tem provocado alguns protestos, com os estudantes a manifestarem o seu descontentamento com a situação, já que pode afectar a realização do IAC e o internato da especialidade, estágios fundamentais para exercerem a profissão.

Em termos demográficos, a força de trabalho médica do SNS está envelhecida. Os escalões com mais de 50 anos representam 43% do total destes profissionais. No entanto, o aumento do número de vagas nos cursos de medicina tem vindo a contribuir para o rejuvenescimento deste grupo profissional. O escalão até aos 29 anos representa, actualmente, cerca de 17% do total de efectivos, sendo que destes, 31% têm até 39 anos (Santana et al., 2013).

Apesar do aumento no número de médicos nos últimos 10 a 15 anos, ainda não existem profissionais suficientes para a procura, dado que vários exercem funções em vários locais do sector público e privado. Assim, a carreira médica continua, ainda, a apresentar vantagens de empregabilidade quando comparada com outras profissões.

A carreira médica oferece também a possibilidade de um vencimento acima da média nacional. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, em 2010, o salário médio nacional era de 777,7 €. A tabela salarial (antes dos cortes salariais de 2010) do profissional de medicina, que varia de acordo com os anos de serviço e a categoria profissional, oscilava entre 1390 e 5664 € mensais (Ribeiro et al., 2013).

A reforma do sector da saúde, que se está a viver em Portugal, com alterações ao nível da organização cultural, estrutural, gestão de RH e financiamento, pode afectar a motivação dos profissionais de saúde. Sendo a motivação definida pela vontade que o individuo apresenta em exercer e manter o esforço para o cumprimento dos resultados da organização, o desempenho de um profissional de medicina é dependente da sua motivação, com grande impacto na qualidade do serviço, eficiência ou equidade (Franco et al., 2002).

De acordo com a teoria das expectativas de Vitor Vroom (1964), a motivação está sempre dependente das expectativas. Um indivíduo cujas expectativas são difíceis de definir, ou simplesmente não existem devido a factores individuais ou externos, como, por exemplo, alterações de políticas sociais ou económicas, terá como consequência um impacto negativo na sua motivação e consequentemente nas suas atitudes profissionais e pessoais.

É importante perceber, tendo em conta a actual reforma do sector da saúde, qual o impacto desta nas expectativas dos futuros médicos portugueses. Esta compreensão é essencial para conhecer quais são as estratégias, os pensamentos, atitudes e ideias relativamente a opções futuras. Só assim se tornará possível perceber qual será o seu impacto ao nível dos RHS em Portugal, e conseguir, antecipadamente, tomar algumas opções estratégicas.

2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 - Expectativas

A expectativa é definida por uma atitude de espera, com um grau de esperança, que se relaciona com projectos pessoais e profissionais e influencia o comportamento humano (Bandura, 1977; Pieron, 1989). Expectativa é no fundo uma antecipação consciente no presente, de um acontecimento futuro e que funciona como um estímulo para a acção no futuro (Kemper et al., 2012; Santos, 2004).

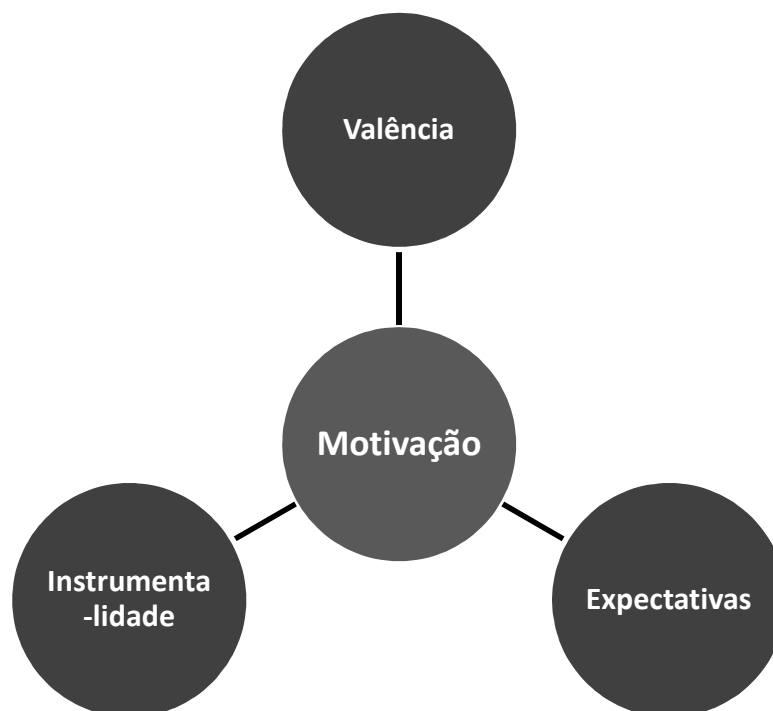
A maioria dos autores refere que as expectativas estão mais relacionadas com a individualidade, mas, por vezes, estas poderão ser influenciadas por factores externos como a escola, o ambiente familiar, grupos de pares, entre outros (Rosenthal & Jakobson, 1980).

O psicólogo Vitor Vroom, em 1964, desenvolveu a teoria das expectativas. Defendia que o processo de motivação deve ser desenvolvido em função dos objectivos e das opções de cada individuo e das suas expectativas de atingir esses mesmos objectivos.

Para Vroom existiam 3 factores que influenciavam o desempenho: expectativa, instrumentalidade e valência (figura 1), definindo por valência o valor que o indivíduo atribui à recompensa obtida em consequência do desempenho e a instrumentalidade pela percepção que um resultado está associado a uma recompensa.

De acordo com a teoria das expectativas, a motivação está sempre dependente das expectativas. Um individuo cujas expectativas são difíceis de definir, ou simplesmente não existem devido a factores individuais ou externos, como, por exemplo alterações de políticas sociais ou económicas terá como consequência um impacto negativo na sua motivação.

Figura 1 – Teoria das expectativas segundo Vitor Vroom (1964).



2.2 – Expectativas profissionais.

Qualquer indivíduo, durante a sua vida de estudante, necessita de escolher o curso e realizar opções sempre com o objectivo de seguir uma determinada profissão. As expectativas profissionais surgem logo no momento em que o estudante necessita de tomar estas opções.

O termo expectativa reporta sempre para algo que se espera no futuro. No entanto, está sempre relacionado com experiências do passado, podendo estas serem directas ou indirectas. As experiências indirectas são transmitidas por outros, como, por exemplo, livros, amigos, professores, família ou o meio social onde está inserido o indivíduo (Mello, 1983).

Segundo Rosa (1994) o comportamento de um indivíduo é estimulado pela antecipação da expectativa dos resultados finais, que funcionam como um mecanismo que reforça o

desejo. Para tal, qualquer profissional necessita de ter esperança e de um elemento motivador activador de comportamento. Só assim se podem criar expectativas pessoais. Caso contrário, quando não há um estímulo, ou não existe esperança de obter os resultados desejados, podemos estar perante uma ausência de expectativas e, consequentemente, de motivação profissional.

Segundo Ferreira e colegas (1986) as expectativas profissionais necessitam de regras claras, que possam relacionar o desempenho e a recompensa. Permitindo ao indivíduo conhecer com clareza o que se espera do seu trabalho e como será avaliado. Um estudo realizado na Austrália com jovens em início de carreira revelou que, jovens australianos, no início da carreira tinham expectativas relacionadas com as oportunidades de desenvolvimento e progressão na carreira e queriam trabalhar em locais conceituados e reconhecidos pelo seu prestígio. Estas expectativas iam sendo alteradas ao longo da evolução na carreira, passando a ser mais importante o equilíbrio entre o trabalho e a vida, o vencimento e horários laborais flexíveis (TICAA, 2012). Assim, os objectivos a conquistar, variarão, de acordo com os diferentes factores que estimulam a criação de expectativas, tais como factores sociais, individuais, familiares ou próprio mercado de trabalho.

Relativamente aos RHS as expectativas profissionais e a consequente motivação, são factores cruciais para um bom desempenho. De acordo com a bibliografia no sector da saúde, a produtividade está directamente associada à motivação do trabalhador e consequentemente a qualidade do serviço e eficiência (Franco et al., 2002). Todas as reformas na área da saúde e as consequentes alterações na cultura da organização, na gestão de RH, no tipo de relação com os clientes e comunidade afectam a motivação do trabalhador (Franco et al., 2002).

Para avaliar as expectativas é importante perceber quais os factores associados à sua formação. No entanto, são poucos os trabalhos nesta área. Dominitz & Mansky (1996) realizou um trabalho, com estudantes do ensino secundário dos Estados Unidos da América, sobre os factores associados à formação de expectativas futuras do ensino universitário e verificou que a área de estudo, género, idade, percepção dos alunos relativamente à sua capacidade e história familiar, são os principais estímulos a

formação das expectativas. Larozenko, 2007 *cit in* Dyck, 2012 percebeu também que o ambiente familiar é muito importante no aumento das expectativas dos jovens.

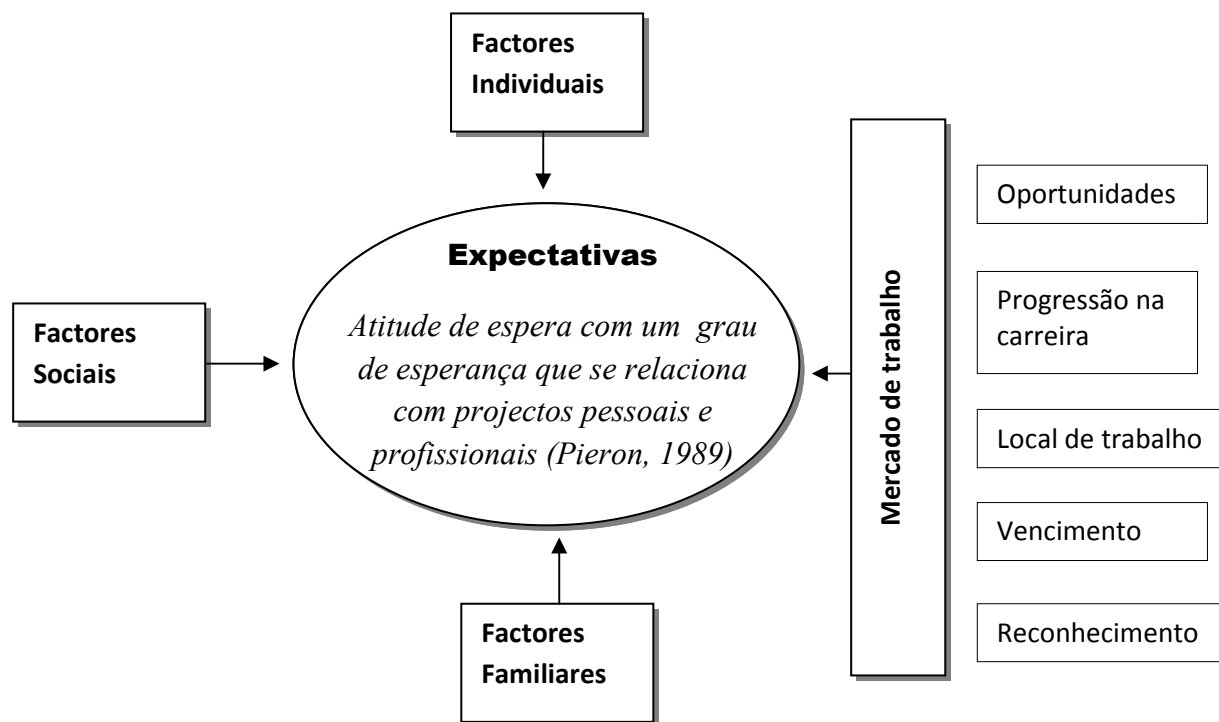
Quando falamos em expectativas profissionais temos que adicionar aos factores individuais, familiares e sociais, o mercado de trabalho. Estudos realizados sobre as expectativas salariais de jovens trabalhadores verificaram que existe uma relação entre expectativas dos jovens e a área de estudo, o emprego actual, educação da mãe ou do pai e ser um estudante internacional. No caso de ser um estudante internacional tem um efeito negativo nas expectativas profissionais, principalmente junto do género feminino (Brunello et al., 2001; Dyck, 2012).

Tendo em conta os factores associados à construção de expectativas observados na bibliografia, foi elaborado um modelo conceptual (figura 2) que será adaptado no presente estudo (Arruda, 1999; Brunello et al., 2001; Dyck, 2012; Trindade & Vieira, 2009). Neste modelo, as expectativas profissionais estão dependentes dos factores individuais, sociais, familiares e do mercado de trabalho:

- Factores individuais – características do indivíduo, desde o género, idade, capacidades, “vocação” e outras particularidades do ser em análise.
- Factores sociais – representação social da profissão, do estatuto que confere ao indivíduo ou papel da profissão perante a sociedade, reconhecimento ou independência financeira.
- Factores familiares- familiares na profissão, nível educacional dos familiares, experiências relacionadas com a profissão.
- Mercado de trabalho – oportunidades de trabalho, de progressão na carreira, de trabalho em locais conceituados, o vencimento e de reconhecimento pelo trabalho do indivíduo.

No presente trabalho, factores como história familiar na profissão, o estatuto social que o profissional de medicina representa na sociedade e a vocação do indivíduo são alguns dos factores que contribuem para a construção de expectativas a um jovem que pretende entrar no curso de medicina.

Figura 2 – Modelo conceptual da construção de expectativas profissionais.



O mercado de trabalho tem um papel muito importante, principalmente quando o indivíduo se aproxima do fim da carreira académica. As oportunidades de trabalho, se estas existem ou não, a possibilidade de progressão na carreira médica, o local de trabalho, o vencimento mensal e o reconhecimento pelo seu trabalho são alguns dos determinantes à construção das expectativas profissionais dos jovens médicos portugueses.

Com o presente trabalho pretende-se avaliar as expectativas profissionais analisando mais especificamente a sua relação com o mercado de trabalho. Todos os outros factores não serão avaliados.

2.3 - Expectativas profissionais para os novos médicos especialistas

Um maior conhecimento sobre as atitudes e preocupações da carreira médica futura de um estudante ou interno de medicina, é fundamental. Permite a elaboração dos planos de saúde e auxilia os próprios professores das escolas médicas. Apesar da sua grande importância, ainda não existem muitas publicações, a nível mundial sobre as expectativas profissionais futuras de estudantes de medicina.

Na Europa foram publicados poucos estudos na área. Apresentamos alguns com realidades diferentes. O momento político e o estado em que se encontra o seu sistema de saúde direciona as ambições e expectativas dos estudantes. Por exemplo, na Suécia foi publicado um estudo em 2011 e a principal conclusão do estudo sobre as expectativas futuras dos estudantes de medicina suecos é a necessidade de melhorar o equilíbrio entre o trabalho e a vida. Os futuros médicos suecos esperam mais da vida do que trabalho. O trabalho é seguro, não é uma preocupação. Procuram uma melhor gestão da vida pessoal e actividades de lazer com o trabalho que irão exercer (Diderichsen et al., 2011).

Na Alemanha, em 2011, foi publicado um estudo que reflectia o momento de instabilidade do seu sistema de saúde. O país estava a passar por uma fase de carência de médicos e fuga de especialistas para outros países de língua alemã. O ministro alemão da saúde tinha apresentado algumas estratégias de retenção em locais mais remotos do país. Verificou-se com a aplicação do questionário, a nível nacional, o medo do impacto negativo que o sistema de saúde podia ter na vida pessoal e profissional. Verificando-se uma atitude de resignação dos alunos (Zupanic et al., 2011).

Realidades bem diferentes, encontramos em alguns países africanos. Devido aos vários anos de instabilidade política e guerras civis as expectativas dos estudantes de medicina são muito focadas no trabalho que irão exercer. Num estudo publicado em 2011 por Ferrinho e colegas, verificou-se que os estudantes de medicina de Moçambique, Angola e Guiné-Bissau pretendem trabalhar em hospitais do sector público. Entre 10 a 20% dos estudantes pretendiam emigrar para exercer medicina fora do seu país de formação. No entanto, uma grande maioria pretende realizar só a especialização fora do seu país (Ferrinho et al., 2011).

As expectativas dos estudantes de medicina variam de país para país, A situação política, económica e as condições de trabalho são factores fundamentais que condicionam as ambições e atitudes futuras de um futuro médico. Sendo a expectativa um dos determinantes de comportamento e motivação do médico, poderá colocar em causa a capacidade de trabalho do médico, tendo impacto nos seus resultados finais esperados (Franco et al., 2002).

2.4 - Serviço Nacional de Saúde em anos de Troika

A entrada da *Troika* em Portugal no ano de 2011 conduziu o governo Português à introdução de medidas de ajuste financeiro e económico em diferentes áreas no sector da saúde. Como por exemplo reduções de salários, diminuição de orçamentos hospitalares, reestruturações de serviços, encerramento de alguns serviços de urgência e maternidades, encerramento de hospitais e postos médicos. Muitas destas medidas, negociadas com a *Troika*, condicionaram o funcionamento do SNS, promoveram grandes alterações ao nível dos serviços prestados, da organização e estrutura dos RH. Apresentamos como exemplo as medidas adoptadas para o ano 2012, representadas no quadro 1.

Todas estas medidas, como a reorganização da rede hospitalar ou a comparação de desempenhos são medidas controversas, pois medidas como a redução de vencimento ou a diminuição de serviços médicos disponíveis para a população provocam sempre muita discussão e descontentamento

Importa salientar que ao nível da organização e prestação de serviços verificaram-se alguns constrangimentos nos últimos anos, ao nível das contratualizações, com grandes atrasos nos processos, na gestão do pessoal, com a realização de contractos precários (OPSS, 2012).

A reforma no sector da saúde está a actuar em pontos nevrálgicos da SNS e poderão comprometer a qualidade do serviço de saúde e consequentemente melhorar os *outcomes* em saúde (Franco et al., 2002). Alterando todas as expectativas e consequentemente a motivação dos profissionais de saúde

Quadro 1 – Medidas negociadas com a Troika, para a área da saúde, para o ano 2012.(fonte PricewaterhouseCoopers & Associados, 2012 in OPSS, 2012)

T13	Introduzir a revisão periódica de preços pagos a prestadores privados;
T17	Estabelecer um sistema de <i>benchmarking</i> para comparar o desempenho e publicação de informação sobre o desempenho das instituições, numa base mensal
T15	Avaliar o cumprimento das regras de concorrência europeias na prestação de serviços de saúde;
T24/PG	Continuar a reorganização e racionalização da rede hospitalar;
T29	Transferir serviços ambulatoriais para as USF;
T32/PG	Preparar planos de afectação dos RH (o primeiro a ser apresentado no 1T 2012);
T34/PG	Criar programa com regras para aumentar a mobilidade e intercâmbio dos profissionais;
T43/PG	Estabelecer e implementar regras claras sobre a prescrição de medicamentos
T54/PG	Desenvolver e assegurar a plena interoperabilidade nos SI dos hospitais. Assegurar a geração de informação de gestão;
T55/PG	Finalizar o desenvolvimento de um sistema eletrónico de registos médicos

2.5 - Caracterização do mercado de trabalho

2.5.1 - Planos de retenção e mobilidade

A análise de fenómenos como a mobilidade dos RHS, o recente aumento de fluxos migratórios na Europa, o processo de recrutamento ou a retenção dos recursos humanos são pontos fundamentais. Com um grande impacto na performance do sistema de saúde de um país (Wismar et al., 2011). Qualquer projecto para um desenvolvimento de um plano de saúde necessita de conhecer a verdadeira situação actual, bem como as

características de procura e oferta de profissionais de saúde (Fronteira & Dussault, 2010).

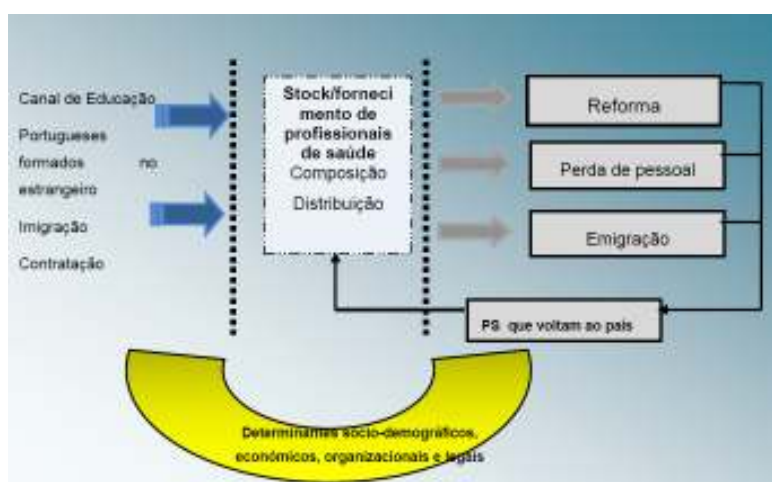
Em Portugal o Plano Nacional de Saúde (PNS) (1998-2002) foi o primeiro a formular como objectivo o desenvolvimento de uma política de recursos humanos. No entanto, não foi implementada (Conceição et al., 2011). Mas foi estabelecida uma parceria entre o Ministério da Saúde e da Educação sobre o número de recursos humanos em saúde que seriam necessários formar (Ribeiro et al., 2014). O segundo Plano Nacional de Saúde (2004-2010) também não conseguiu realizar objectivos tais como, desenvolvimento de um sistema de informação dos recursos humanos ou o ajuste do número de profissionais de acordo com as necessidades dos serviços. No ano de 2007, foi dada a gestão dos recursos humanos a Administração Central do Sistema de Saúde, pelo *decreto de lei 209/2007 a 29 de Maio*. No último PNS (2012-2016) continua em agenda um plano de gestão de RHS, mas ainda não está em agenda política (DGS, 2012). Não existe um verdadeiro plano de recrutamento ou de gestão da mobilidade provocando grandes desigualdades de acesso à saúde nas diferentes regiões do país.

Ao analisar o modelo conceptual de Dussault, G. (2009) (figura 3), verificamos que Portugal poderá passar nos próximos anos por uma situação difícil, relativamente ao *stock* de médicos do SNS. Ao analisar as 4 principais fontes de entrada de médicos para o SNS e de acordo com a opinião do actual Presidente da Ordem dos Médicos, Dr. José Manuel Silva, verificamos que estão a ser formados médicos acima das capacidades formativas das escolas médicas portuguesas e ao nível da formação de médicos especialistas. Poderá estar comprometida a inclusão de muitos médicos recém-formados se estes não conseguirem realizar a especialização. De acordo com a Ordem dos Médicos, após a formação pré-graduada em escolas médicas portuguesas só terão autonomia profissional após 2 anos de formação tutelada (Dionísio, 2013). Os estudantes Portugueses formados no estrangeiro são uma variável desconhecida. Porém, de acordo com a bibliografia a maioria pretende voltar para exercer medicina no seu país. O número de imigrantes tem diminuído, principalmente desde 2005, devido ao regresso de um grande número de médicos espanhóis ao seu país (Ribeiro et al., 2014). As políticas de restrição orçamental, impostas pela *Troika*, limitam a contratação e criação de emprego público. Como por exemplo, a *lei nº83-C/2013*, mantém a

proibição para o ano de 2014, só em casos excepcionais e devidamente fundamentados pode ocorrer contratação. Sendo assim a contratação de recursos humanos por parte do Ministério da Saúde está limitada

Do lado do fluxo de saída, o número de médicos reformados tem aumentado nos últimos anos. Prevê-se que entre os anos 2012-2025, cerca de 32% dos médicos com idade activa no ano 2011 apresente a reforma (Santana et al., 2013). Ainda existem sempre as perdas involuntárias de recursos por morte, doença ou baixa prolongada. E nos últimos anos verifica-se um aumento da perda voluntária por emigração. A sua quantificação exacta não é possível, porque as bases de informação existentes não fornecem informação suficiente.

Figura 3 – Modelo conceptual adaptado de Dussault, et al. (2009) em (Fronteira & Dussault, 2010).



No entanto, devido a dados indirectos tudo aponta para um aumento do fluxo migratório de médicos portugueses para outros países (Ribeiro et al., 2011).

2.5.2 - Condições de trabalho

As condições de trabalho nos últimos anos tem sofrido algumas alterações. Nomeadamente na diminuição do salário base da função pública e nas contratações. As várias reformas no sector da saúde introduziram a possibilidade de realizar contractos individuais de trabalho. O que veio permitir uma maior flexibilidade na negociação dos salários (Conceição et al., 2011). No entanto, desde 2010 que os salários, por imposição da *Troika*, tem sido reduzidos. Estas medidas foram só aplicados aos trabalhadores do

serviço público. A classe médica viu reduzida também o valor pago pelas horas extraordinárias.

A satisfação no trabalho por parte dos médicos também é muito pouco documentada. É necessária motivação para que se possa produzir serviços em quantidade com qualidade adequada (Dussault & Fronteira, 2010). Em 2007 foi publicado um trabalho que aborda os níveis de satisfação nos centros de saúde, dos utentes e profissionais de saúde. Relativamente aos profissionais de saúde verificou-se que existia insatisfação profissional, escassez de recursos humanos, a diminuta participação dos profissionais nas decisões sobre o financiamento, existência de uma gestão controladora ou o défice de tecnologia adequada são alguns dos motivos que provocam insatisfação profissional (Osvaldo et al., 2007). Todas as questões relacionadas com as condições de trabalho foram avaliadas negativamente. Como por exemplo a remuneração atribuída, condições físicas de trabalho e as expectativas de carreira (Biscaia, 2013). É de esperar com o impacto da crise económica em Portugal a avaliação dos parâmetros nas condições de trabalho não apresente grandes diferenças. Consequentemente terão impacto nas expectativas profissionais, sendo necessário fazer a sua avaliação.

2.5.3 - Emigração

Desde a década de 1990 que Portugal era considerado um país atractivo para alguns médicos estrangeiros, como por exemplo médicos formados em Espanha que realizavam a especialidade mais facilmente no nosso país. A situação neste momento é diferente, com a actual situação económica do país, verifica-se um menor número de imigrantes e um aumento da emigração dos RHS em Portugal. A emigração está a ser estimulada pela conjuntura económica e política actual, com recentes grandes alterações nas condições de trabalho. Estes fluxos migratórios são motivo de preocupação para Portugal, é considerado uma perda de investimento realizada na sua educação pelo país e de recursos especializados (Ribeiro et al., 2014). A mobilidade dos profissionais de saúde tem impacto na performance de um sistema de saúde alterando a estrutura dos recursos humanos em saúde (Wismar et al., 2011)

Para tal, é necessário conhecer qual o impacto e as alterações que estão a decorrer com a mobilidade. No entanto, não existe uma base de dados única com o *stock* dos RHS, existem várias e com grandes diferenças de dados e qualidade (Conceição et al., 2011). Assim é difícil de conseguir identificar questões tais como o número de médicos no activo ou qual o seu local de trabalho. A Ordem dos Médicos é uma das principais fontes de informação mas com grandes lacunas na informação disponível. O Serviço Nacional de Saúde também tem uma base de dados, porém só identifica os médicos que trabalham para o serviço público de saúde (Ribeiro et al., 2014).

Não existe dados sobre o fluxo migratório de médicos Portugueses, principalmente na Comunidade Europeia. Nem a Ordem dos Médicos, nem nenhuma agência do Governo o consegue quantificar (Ribeiro et al., 2014). Este fenómeno pode ser observado indiretamente. Nos últimos tempos, é bastante comum observar na imprensa Portuguesa e em *websites* de emprego, muito pedidos de médicos especialistas, enfermeiros e outros técnicos de saúde por empresas de recrutamento especializadas em RHS. E a organização de feiras de empregos especializadas no trabalho na área da saúde. No passado mês de Março foram realizadas 4 feiras, em 4 diferentes cidades de Portugal pela *Medpharma*, com oportunidades de trabalho para médicos em diversos países.

Outras companhias (*Careers in White*) apresentam campanhas mais agressivas e deslocam-se aos hospitais referência para fazer a sua divulgação, realizadas no passado mês de Março, no Hospital de São João, no Porto e no Hospital Santa Maria em Lisboa. Procuram essencialmente enfermeiros e médicos, para países como Alemanha, Irlanda, França, Inglaterra, Dinamarca, Suíça e Emiratos Árabes Unidos. Segundo James Buchan (2007) os principais factores que motivam a emigração são a melhorias das condições profissionais e económicas. As empresas de recrutamento a actuar em Portugal, de acordo com os jornais e sites de emprego, têm como principais argumentos a melhoria das condições salariais e de trabalho. Oferecem também o apoio para o reconhecimento da licenciatura e especialidade nas Ordens locais e muitas vezes o apoio na procura de habitação, seguro de saúde e outros benefícios, que variam de país para país. Como exemplifica a figura 4.

A Inglaterra é um dos países europeus que apresenta uma grande necessidade de médicos, e a procura em Portugal por novos especialistas tem aumentado

exponencialmente. Após o contacto da investigadora com o General Medical Council (GMC), foi enviada a seguinte informação, estão registados no GMC 289 médicos licenciados em Universidades Portuguesas, dos quais 112 fizeram o seu registo no ano de 2013. Ou seja, só no ano passado registaram-se em Inglaterra 38,7% do total de médicos Portugueses a exercer no Reino Unido, cuja licenciatura foi realizada em Portugal. O que representa um grande aumento *versus* os anos anteriores. Sendo a formação de médicos um recurso tão dispendioso ao país. Não foi referido, pelo GMC, se todos os médicos têm nacionalidade Portuguesa, a única informação disponível é o local de formação.

Figura 4 – Exemplo de oferta de emprego para médicos Portugueses em países estrangeiros (fonte <http://emprego.trovit.pt>)



KELLY

- Salários a partir dos 100.000€ ano
- Contrato sem termo
- Formação continua

Especialista na gestão de Recursos Humanos para a área da Saúde, a Kelly Healthcare tem um conhecimento específico do sector e a excelência nos serviços prestados é marcada pela elevada eficácia e prontidão no recrutamento e colocação de profissionais.

A Kelly Services está a recrutar Médicos(as) Especialistas em Medicina Interna e/ou Medicina Geral e Familiar para Grupo de Saúde Privado na Suíça.

Perfil:

- Cidadão da União Europeia
- Nível Europeu B2 na língua alemã (obrigatório)
- Mínimo 2 anos de experiência após a Especialização

Condições:

- Contrato de Trabalho sem termo
- Processo de legalização a cargo da empresa
- Apoio na expatriação
- Possibilidade de formação continua

Caso esteja interessado e reúna o perfil solicitado, por favor responda à presente oferta com o envio do seu currículo. Ou envie currículo para: claudia.matos@kellyservices.pt

Em Portugal não existe um registo dos fluxos migratórios e um plano para os RHS (Conceição et al., 2011). A ausência de uma política de RH poderá ter graves consequências, sem esta não poderá ser garantida a acessibilidade a serviços de saúde de qualidade. De acordo com Ribeiro et al. (2014) deveria ser desenvolvido um projecto de investigação sobre quais as expectativas profissionais dos futuros recursos humanos em saúde. Tais como, quais os incentivos necessários, intenção de emigração ou qual o sector de trabalho que pretendem trabalhar. No presente trabalho pretende-se obter estas respostas para os futuros médicos.

2.6 - Licenciatura de Medicina em Portugal

2.6.1 - Reestruturação após 25 de Abril de 1974

Após o 25 de Abril o sistema de ensino sofre grandes alterações. Com o aumento exponencial da procura do ensino universitário, foram introduzidos alguns obstáculos pelos sucessivos governos, destinados a retardar a entrada na universidade. Em 1977 foram criados os primeiros exames de entrada na universidade, para limitar o número de alunos a entrar no ensino superior (Fontes, 2013). Em 1978 foi introduzido o *numerus clausus* (Portaria n.634-A/77).

Antes de Bolonha¹ os cursos eram realizados em 6 anos num ciclo contínuo. Pós-Bolonha (2007/2008) os alunos passaram a frequentar os mesmos 6 anos mas com a vantagem de saírem com o mestrado em Medicina porque este foi integrado nos 6 anos de curso, obrigatórios para concorrer ao internato. Tal como o número de vagas colocadas a concurso, também sofreu uma evolução, diminuindo do ano lectivo de 1979/1980 de 800 vagas para 190 no ano 1986. Passando após o ano 2000/2001 a aumentar gradualmente até aos dias de hoje, como se pode ver na figura 5 (Santana et al., 2013).

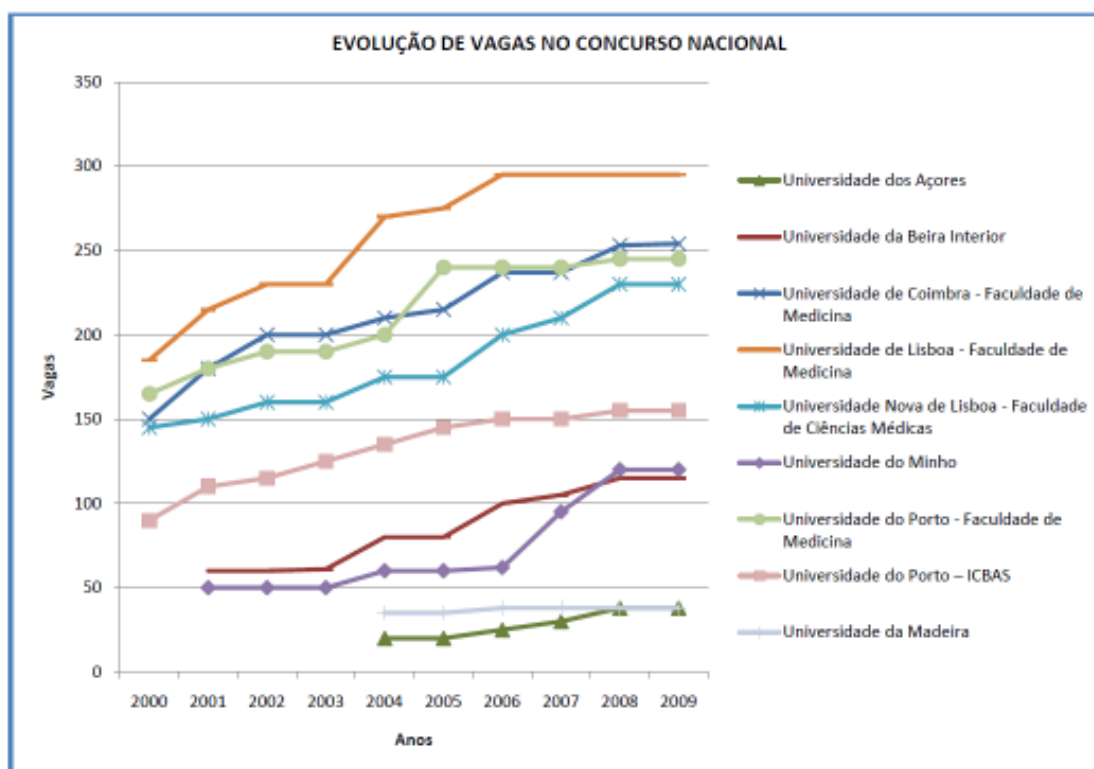
A partir do ano de 1986 começou a verificar-se um aumento progressivo das vagas em medicina. As principais razões que justificam o aumento dos *numeri clausi* são (Santana et al., 2013):

- Aumento superior a 150% no número de vagas colocadas no ano lectivo 1995/1996.
- Entrada em funcionamento de dois novos cursos no ano lectivo de 2000/2001, na Faculdade da Beira Interior e do Minho.
- Abertura de 2000/2001 abertura de vagas supranumerárias para a colocação de alunos de regimes especiais de acesso ao ensino superior.

¹ O processo de *Bolonha* foi um movimento de reforma e integração da educação superior na Europa, com a finalidade de construir um espaço Europeu de educação no ensino superior e com o propósito de incentivar mobilidade entre países (Declaração de Bolonha, 1999).

- A criação de dois ciclos básicos na Universidade da Madeira e Açores, no ano de 2005/2006, em colaboração com a Universidade de Lisboa e Coimbra, respectivamente.
- Entrada em vigor no ano lectivo de 2007/2008, da abertura de vagas para titulares do grau de licenciado.
- Finalmente a abertura do curso da Universidade do Algarve, para indivíduos com grau universitário.

Figura 5- Evolução do *numerus clausus* nas Escolas Médicas Portuguesas entre os anos lectivos 2000/2009, acessíveis pelo concurso geral (Fonte DGES, 2010).



No ano lectivo de 2012/2013, o número de vagas especiais para licenciados nos cursos de medicina representavam 14% do total de vagas a concurso (Santana et al., 2013).

Todas as escolas médicas sofreram um aumento no seu *numerus clausus*. Porém, quando observamos a figura 5 verifica-se que a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e da Universidade de Coimbra foram as que sofreram um maior incremento

no número de alunos. A Universidade do Algarve não está representada porque o curso só teve início no ano de 2009.

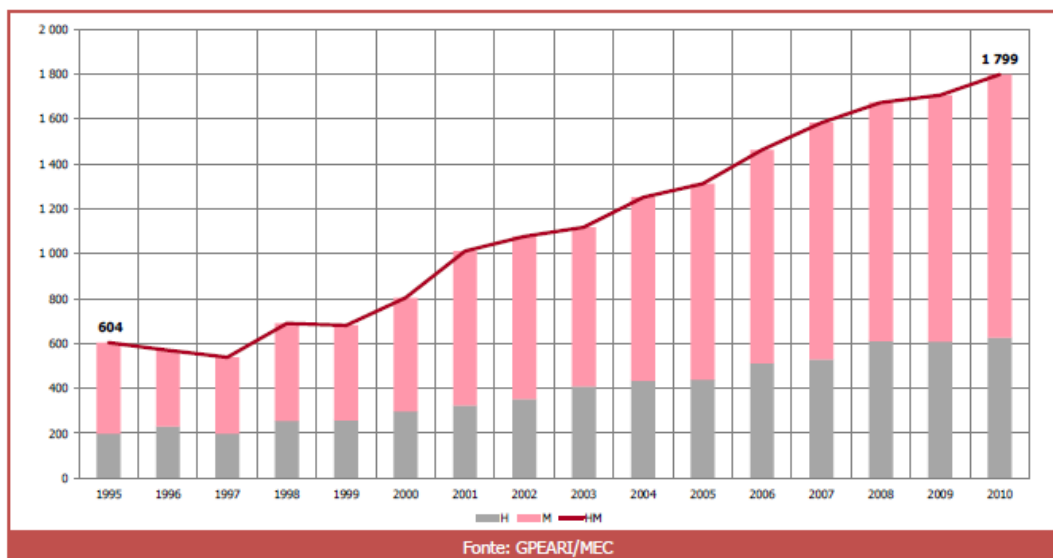
O número de inscritos no primeiro ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra subiu de 102 para 275 (ano lectivo 1997/98 para 2010/2011) o que corresponde a um aumento de 169,6%. Na Faculdade de Medicina de Lisboa o aumento foi ainda superior, em igual período, de 111 para 365 alunos, ou seja um incremento de 228,8% (ANEM, 2011).

Para o ano lectivo de 2010, e de acordo com a informação disponível pelo grupo de trabalho de revisão do regime do internato médico, foram abertas cerca de 1778 vagas (Secretário de Estado, 2012). No entanto, de acordo com as informações do Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliações e Relações Internacionais do Ministério da Educação e Ciência (GPEARI/MEC), no ano de 2010, estavam inscritos cerca de 1799 alunos no 1^a ano em todas as escolas de medicina (Santana et al., 2013) (Figura 6). Um número excessivo para a capacidade formativa pré e pós-graduada, tendo em conta que, no ano 2001, por indicação do Plano Estratégico para a Formação nas Áreas da Saúde, já era aconselhada a fixação de um número limite de 1175 vagas, por ano, para o curso de medicina. Segundo o Presidente da Associação Nacional de Estudantes de Medicina as escolas já se encontram, na sua maioria, sobrelotadas e sem condições pedagógicas para os estudantes (Cabral, 2010).,

O excessivo número de alunos nas escolas médicas levanta outro problema. O elevado número de candidatos ao internato após a conclusão da formação em medicina. Para o ano de 2014, o Ministério da Saúde necessitou de desenvolver alguns esforços para encontrar vaga para todos os estudantes inscritos. Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) existem para o ano de 2014, 1450 vagas, que dependiam da capacidade formativa nacional para a realização do ano comum. Tendo em conta que se estão a formar cerca de 1440 alunos em escolas portuguesas mais os alunos de escolas estrangeiras que irão concorrer para o internato médico, está a ser atingindo um ponto de rutura. O Bastonário afirma ainda que as capacidades formativas das instituições e os serviços atingiram limite de saturação (Dionísio, 2013). Porém, tendo em conta o excesso de candidatos ao IE, continua ainda por perceber qual a razão de anualmente existirem vagas por preencher. Nomeadamente nas especialidades de saúde pública,

patologia clínica, anatomia patológica, hematologia clínica, imunohemoterapia, medicina interna e medicina geral e familiar (Santana et al., 2013).

Figura 6 - Evolução do nº de inscritos no 1ºano desde 1995. (Santana, 2013).



De acordo com o grupo de trabalho criado sobre o **despacho nº16696/2011** de 12 de Dezembro pelo Secretário de Estado da Saúde, existe um número excessivo de escolas médicas Portuguesas, associado a um elevado número de Portugueses a estudar em escolas médicas estrangeiras e médicos estrangeiros que se candidatam à formação pós-graduada em Portugal. O grupo de trabalho considera este número excessivo, tendo em conta a capacidade formativa das instituições formativas, que não tem as dimensões suficientes para incorporar no futuro todos os candidatos ao IE.

De acordo com Santana e colegas (2013) entre os anos 2012 a 2025, cerca de 5.450 graduados em medicina não terá acesso a uma especialidade, nem a uma carreira no sistema público de saúde. Tendo em conta todos estes fundamentos o grupo propôs uma redução no futuro do número anual de admissões nas escolas médicas, para 2/3 face aos valores actuais e sugeriu um reforço na possibilidade de formação médica pós-graduada nas instituições privadas de saúde que cumpram os requisitos de idoneidade (Governo de Portugal, 2012).

Uma das sugestões propostas para o excesso de médicos num futuro próximo será a opção por carreiras de investigação, indústria farmacêutica ou carreiras de gestão. Segundo o Vice-Reitor da ACSS a carreira de gestão pode ser uma opção à carreira clínica, mas para isso necessita de saber o número exacto de estudantes e internos que pretendem seguir a carreira clínica, para que possam ser aplicados critérios mais exigentes aos que pretendem seguir a clínica (Dionísio, 2013).

Como já foi referido com a “Declaração de Bolonha” a licenciatura em medicina sofreu algumas alterações passando a ser denominado de Curso de Mestrado Integrado em Medicina (CMIM) e está organizado em 2 ciclos de 3 anos cada, com um total de 360 *European Credit Transfer System* (ECTS)². Sendo o primeiro ciclo denominado de pré-clínico e o segundo de clínico. No final do 3º ano do primeiro ciclo e após a obtenção de 180 ECTS é conferido o grau licenciado em estudos básicos de medicina. Os primeiros três anos são de formação base e os últimos três de mestrado integrado em medicina, em conformidade com as normas de Bologna. Apesar da estrutura ser semelhante todas as escolas médicas tem modelos de ensino e avaliação divergentes (Conceição et al., 2011).

O curso ministrado no departamento de Ciências Biomédicas do Algarve tem a duração de 4 anos correspondentes a 227 ECTS³ e baseia-se em problemas clínicos reais de acordo com as recomendações do *General Medical Council* do Reino Unido (Ponte, 2009).

2.6.2 - Processo de Admissão

O processo de admissão para as Faculdades de Medicina é semelhante, excepto para a Universidade do Algarve, cujo concurso é um regime especial só para licenciados e realizado de forma diferente. Para as restantes Faculdades de Medicina são necessárias as notas obtidas no secundário e os resultados de alguns exames (dependem de faculdade para faculdade). É então elaborada uma classificação de acordo com as notas

² Com a “Declaração de Bolonha” foi proposta uma generalização do sistema de créditos - ECTS, criado pela Comissão das Comunidades Europeias com objectivo de gerar procedimentos comuns, que garantissem reconhecimento académico em estudos realizados noutros países (fonte DGES em <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/ECTS/> a 26/04/2014).

³ <https://www.ualg.pt/home/pt/curso/1537> (último acesso a 26 de Abril de 2014)

dos candidatos e o primeiro classificado tem prioridade de escolha e assim sucessivamente (Conceição et al., 2011).

Para a Universidade do Algarve, só podem concorrer indivíduos que já tenham adquirido com sucesso um grau universitário. Os candidatos realizam uma prova de aptidão intelectual e uma prova de inglês. Depois é realizada uma primeira selecção, de um pequeno número de candidatos, que são sujeitos a 10 mini-entrevistas, para testar características de personalidade.

Todas as outras escolas de medicina apresentam também um regime especial para licenciados com vagas especiais desde 2007, começaram por ser 63 vagas em 2007 e passaram a 86 no ano de 2009 (DGES, 2010).

2.6.3 - Escolas Médicas em Portugal

O CMIM é ministrado em todas as escolas de medicina que pertencem ao Ensino Universitário público e todas estão sujeitas a *numerus clausus* anuais, estipulados pelo Ministério da Ciência e Ensino Superior. No quadro 2 o elenco e principais características das escolas de medicina de Portugal (ANEM, 2011).

Foram criados um 1º ciclo (3 anos) na Universidade da Madeira e Açores em cooperação com a Universidade de Coimbra e Lisboa, respectivamente. A Universidade de Aveiro abriu concurso no ano 2007/2008 para o curso de medicina, tal como a Universidade do Algarve, exclusivamente para titulares do grau de licenciado. No entanto, no ano de 2012, a Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior decidiu não homologar o Mestrado Integrado de Medicina da Universidade de Aveiro (Santana et al., 2013). Como podemos verificar o número de estabelecimentos de ensino evoluiu de 5 (1995) para 10 (2010) nos últimos anos.

Quadro 2 – representação das escolas médicas portuguesas, ano de fundação e respectivas instituições associadas.

Escola médica	Ano de fundação	Instituições Associadas
Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa	1825	Hospital de Santa Maria, Hospital Pulido Valente, Hospital Curry Cabral, Hospital Garcia de Horta, Hospital Fernando da Fonseca.
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa	1977	Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE (Hospitais D ^a Estefânia, Santo António dos Capuchos, Santa Marta, São José e Desterro, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (engloba Hospitais Egas Moniz, São Francisco de Xavier e Santa Cruz), Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar de Lisboa Norte EPE, Instituto Português de Oncologia – Centro Regional de Oncologia de Lisboa EPE, Hospital Fernando da Fonseca, Maternidade Dr Alfredo da Costa, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e Administração Regional de Saúde do Alentejo
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra	1290	Hospitais Universitários de Coimbra e o Centro Hospitalar de Coimbra (Hospital Pediátrico de Coimbra, Maternidade Bissaya Barreto e Hospital dos Covões).
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto	1911	Hospital de São João, Hospital Pedro Hispano (Matosinhos), Centro Hospitalar de Gaia, Hospital de Gaia, Hospital de Bragança entre outros.
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar- Universidade do Porto	1975	Centro Hospitalar do Porto (Hospital de Santo António, Maternidade Júlio Dinis e Hospital Pediátrico Maria Pia), Hospital Magalhães Lemos, Hospital Joaquim Urbano, Instituto Português de Oncologia do Porto e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.
Escola de Ciências de Saúde da Universidade do Minho	2001	Hospital de Braga, Centro Hospitalar do Alto Ave e a Unidade Local de Saúde do Alto Minho entre outras
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior	2001	Hospital da Cova da Beira, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Unidade Local de Saúde da Guarda, com os centros de Saúde da Covilhã e Belmonte.
Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina da Universidade do Algarve	2009	Além dos Centros de Saúde tem a colaboração do Hospital Central de Faro, Hospital do Barlavento Algarvio, Hospital do Litoral Alentejano e outras instituições Hospitalares de Lisboa

2.7 - Estudantes de Medicina Portugueses em Universidades Estrangeiras

A existência de *numerus clausus* em Portugal e o processo de admissão nas várias escolas de medicina em Portugal, impedem muitos estudantes Portugueses de realizar o curso que sempre ambicionaram no próprio país. Procurando outros países, com acesso mais facilitado para a realização do curso de medicina. Estima-se que cerca de 1300 alunos Portugueses frequentam actualmente escolas médicas estrangeiras (Secretário de Estado, 2012). Nomeadamente, faculdades de Espanha, República Checa, Polónia, Alemanha, França, Hungria, Eslováquia. Em Plzen (República Checa) a comunidade de estudantes de medicina Portuguesa era a maior comunidade estrangeira (Ribeiro et al, 2014). A maioria pretende voltar para Portugal, necessitando de passar por um processo de validação do curso. O impacto do seu regresso ainda não é bem conhecido (Conceição et al, 2011).

2.8 - Após a Universidade

2.8.1 - O Internato

Após o término do CMIM, existem 3 diferentes saídas profissionais. A carreira médica, que poderá ser hospitalar, de medicina geral e familiar ou de saúde pública, a docência e a investigação. Para que possam exercer a profissão de médico todos os licenciados ou mestres em medicina iniciam a fase de Internato Médico (IM)⁴. O IM é composto por uma fase inicial, o Ano Comum (AC), com a duração de um ano e no Internato da Especialidade (IE). O AC é um estágio anual nas várias especialidades mais generalistas e algumas opcionais. O IE tem a duração entre 4 a 6 anos, dependendo da área de especialização. Enquanto que o órgão que tutela o CMIM é o Ministério da Ciência e Educação, no caso do IM este é tutelado pelo Ministério da Saúde que é, simultaneamente o maior empregador destes profissionais (Santana et al., 2013). O

⁴ De acordo com o disposto no artigo 2.º da Portaria n.º 183/2006, de 22 de Fevereiro, que aprova o Regulamento do Internato Médico, define que o internato médico realiza-se após a licenciatura em Medicina e corresponde a um processo de formação médica especializada, teórica e prática, tendo como objectivo capacitar o médico para o exercício autónomo da área de especialização. Em <http://www.acss.min-saude.pt/%C3%81reaseUnidades/CoordeRegForma%C3%A7%C3%A3oProfissional/InternatosM%C3%A9dicos/tabid/486/language/pt-PT/Default.aspx> último acesso a 5 de Março de 2014

número de vagas para o internato da especialidade é decidido anualmente pelo Ministério da Saúde, de acordo com as capacidades dos serviços. São realizados nos hospitais públicos e nos cuidados de saúde primários (Conceição et al., 2011).

Actualmente o acesso ao internato médico é feito através da realização da Prova de Seriação Nacional (PSN). Criada como medida temporária, após o 25 de Abril de 1974. A PSN tem como objectivo seriar os candidatos para a escolha da área de especialização. Esta prova consiste num exame escrito com 100 perguntas de escolha múltipla, da área de conhecimento de medicina interna. É elaborada uma escala de classificação de 0 a 100 que se destina a ordenar os candidatos para a escolha da área de especialização (Varela, 2013). Sendo que os indivíduos com as classificações mais altas são os primeiros a escolher a vaga de especialidade.

Em 2012, foram propostas pelo grupo de trabalho criado pelo Secretário de Estado da Saúde várias medidas que irão alterar todo o processo de acesso ao Internato Médico, tais como (Varela, 2013):

- Introdução de um novo modelo de PSN – tem por base conteúdos avaliados pela organização americana *National Board of Medical Examiners*. Baseada no modelo Americano de acesso à especialidade, prova que irá substituir a PSN. Com a introdução de novos conteúdos, além da medicina interna, a cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, saúde mental e pediatria. O objectivo é que seja um exame mais clínico.
- Nota mínima de acesso ao IM, onde será definido um valor mínimo para a PSN (actualmente não existe nota mínima).
- A classificação final no CMIM terá um peso de 25% e a PSN de 75%. Passando a estar integrado todo o esforço durante a formação pré-graduada.
- Foi também proposto o fim do AC para 2015, com a proposta de tornar o 6º ano mais profissionalizante, para a aquisição de experiência e autonomia.
- Foi proposto o fim do concurso B de acesso à especialidade, realizado para médicos internos que queiram mudar de especialidade. Com a sugestão de que 5% das vagas, para o IE, se destinassem aos médicos que queiram realizar pela segunda vez a PSN.

Todas estas alterações propostas pelo Secretário de Estado da Saúde, em 2012, são ainda motivo de discussão na comunidade médica, existindo muitas correntes contra estas alterações (Varela, 2013).

O número de vagas para o IE registou um aumento em 67% entre os anos 2006 e 2012, o que corresponde a um aumento de 600 vagas. Algumas especialidades como a reumatologia, otorrinolaringologia, oncologia médica, hematologia clínica, gastroenterologia e psiquiatria de infância e da adolescência sofreram um aumento superior a 200% no número de vagas. Pediatria, genética médica e saúde pública foram algumas das especialidades que sofreram uma redução no número de vagas. A especialidade de medicina geral e familiar também têm aumentado o seu peso, representando 30% das vagas no ano de 2012. Este aumento foi devido a uma imposição das entidades competentes e não ao aumento da atractibilidade desta especialidade (Santana et al., 2013).

Entre 2006 e 2012, as especialidades que representam uma menor atractibilidade, ou seja, em que ficam vagas para preencher, são as de saúde pública e patologia clínica. Em 2012, as 7 especialidades cuja colocação não correspondeu a 100% foram: saúde pública (69%), patologia clínica (71%), anatomia patológica (96%), hematologia clínica (94%), imunohemoterapia (94%), medicina interna (96%) e medicina geral e familiar (98%). No total de médicos formados, entre os anos de 2001-2011, a medicina geral e familiar foi a especialidade que formou o maior número de médicos especialistas (21%), medicina interna (10,3%) e anestesiologia (9,8%) (Santana et al., 2013).

O estabelecimento de um vínculo laboral após o IE é variável apenas alguns jovens especialistas ficam ligados ao serviço formador por vínculo laboral. Foi também referenciada pelo grupo de trabalho que realizou a revisão do regime do internato médico a falta de equidade na obtenção de “contractos laborais”. Este grupo de trabalho propôs o fim dos concursos fechados e sugeriu a criação de uma plataforma onde possam ser divulgadas as vagas do SNS nacionalmente (Governo de Portugal, 2012).

O exercício da medicina é regulado pela Ordem dos Médicos, sendo que a autonomia é adquirida após 2 anos formação tutelada, no mínimo. Assim, só ao fim de 8 anos é que um mestre em medicina pode exercer a profissão de forma autónoma.

Para exercer na área de especialidade são necessários no mínimo, 11 anos, podendo chegar aos 13 anos, dependendo da área de especialização escolhida (Governo de Portugal, 2012). Ao contrário dos alunos de escolas médicas Portuguesas, todos os médicos formados em Universidades de Medicina Estrangeiras podem ser autónomos após 6 anos de formação, definido pela **Directiva 2005/36/CE**. Foi realizado uma proposta, em 2012, pelo grupo de trabalho criado pelo secretário de estado da saúde, em que o licenciado ou mestre em medicina deverá ter a possibilidade de exercício autónomo da actividade médica após 12 meses de formação tutelada (Governo de Portugal, 2012).

2.9 - Justificação teórica da investigação

Nos últimos anos temos assistido a grandes modificações e desafios no sector da saúde. Com reformas ao nível da organização cultural, reestruturações de serviços e até ao nível do financiamento e vencimento. Estes são alguns dos exemplos observados e era necessário perceber qual o impacto que esta reforma tem provocado nas expectativas profissionais dos futuros médicos de Portugal. Sendo as expectativas um dos determinantes da motivação estas são um factor crucial para um bom desempenho de um profissional de saúde e consequentemente á qualidade do serviço, eficiência e possíveis opções de carreira.

É importante conhecer quais as expectativas profissionais dos jovens médicos, em Portugal, perceber quais as suas atitudes futuras, opções de carreira, pensamentos ou opiniões. O seu conhecimento é extremamente importante para a elaboração de planos de acção na gestão de RHS e tomar antecipadamente algumas opções estratégicas.

3. OBJECTIVO GERAL E ESPECÍFICOS

O objectivo do presente estudo é compreender as expectativas profissionais dos futuros médicos de Portugal. Deste, espera-se posteriormente a construção de um questionário que possa ser aplicado a todos os estudantes de medicina, com o objectivo de perceber quais serão as suas escolhas e atitudes futuras, permitindo aplicar algumas estratégias e gerir com maior eficiência e eficácia os RHS.

Mais especificamente pretende-se:

- I. Compreender quais os aspectos da vida profissional futura que preocupam os futuros médicos.
- II. Identificar problemas emergentes e possíveis estratégias para lidar com os problemas identificados relativos às expectativas profissionais futuras.
- III. Compreender algumas das atitudes face à vida profissional futura e o seu enquadramento social, económico e político.

Este estudo constitui a parte exploratória de um estudo mais abrangente, de métodos mistos que visa o desenvolvimento de um instrumento que permita a caracterização e monitorização das expectativas dos futuros médicos.

4 - MATERIAL E MÉTODOS

4.1 - Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, uma vez que tem como objectivo compreender e explorar qual o significado que indivíduos atribuem a um determinado problema social ou humano, neste caso, pretende-se verificar quais as expectativas face à vida profissional futura (Creswell, 2009). A abordagem metodológica utilizada é um estudo de caso (Creswell, 2009; Flick, 2009). O estudo de caso é uma estratégia utilizada quando se pretende responder a questões de “como” ou “porquê”, quando o investigador tem algum controle sobre o evento e quando o tema abordado é um fenómeno contemporâneo (Yan, 1994). O objectivo principal de um estudo de caso é descrever ou reconstruir um caso, que pode ser um individuo uma comunidade ou organização, como sujeito de análise (Flick, 2009). A partir do estudo de caso pretende-se retirar uma conclusão mais geral. A limitação que poderá surgir com a utilização deste tipo de estudo é que a concentração da investigação num único caso, poderá dificultar a generalização dos resultados (Flick, 2009).

4.2 - Amostra

No presente estudo pretende-se estudar o grupo de internos do AC e IE, que estão a realizar o seu estágio na Administração Regional de Saúde do Alentejo, mais precisamente na cidade de Évora.

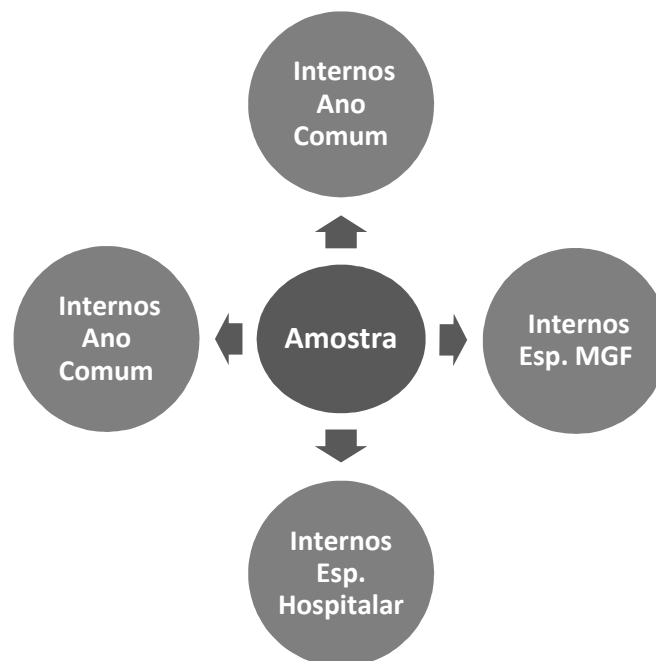
Optámos por uma amostra intencional por conveniência, seleccionada por questões de proximidade e acessibilidade da autora (Creswell, 2009). De acordo com a bibliografia, este tipo de estratégia de amostragem garante a realização da investigação em estudos cujo autor apresente recursos limitados no tempo e em recursos humanos (Flick, 2009). Para a nossa amostra foi escolhido este tipo de estratégia de amostragem porque era a forma mais fácil de garantir a realização do estudo.

Definimos como critérios de elegibilidade para a participação no estudo:

- ✓ Ser Interno do Ano Comum (IAC) ou IE.
- ✓ Ser interno no Hospital Espírito Santo de Évora ou em qualquer uma das Unidades de Saúde Familiares da cidade de Évora.
- ✓ IE com um máximo de dois anos de frequência do internato da especialidade.

Sendo assim, a nossa amostra (figura 7) foi constituída por IAC e IE provenientes de várias Escolas de Medicina de Portugal e Estrangeiro, que se encontravam a realizar o estágio no Hospital Espírito Santo de Évora ou nas Unidades de Saúde Familiar da cidade de Évora. A dimensão da amostra foi determinada por saturação teórica (Krueger & Casey, 2009), tendo-se apenas determinado que cada Grupo Focal (GF) teria no mínimo 4 participantes. A saturação teórica foi alcançada ao quarto GF tendo participado no estudo, 19 indivíduos.

Figura 7 – Desenho explicativo da amostra para o estudo.



4.3- Colheita de dados

Os dados para este estudo foram colhidos através da técnica do GF. Em ciência do comportamento é a forma de recolha de dados mais comum (Stewart et al., 2007). Permite determinar percepções, sentimentos, pensamentos sobre o tema em

investigação, e optar por escolhas mais informadas. O grupo focal envolve um grupo homogéneo de pessoas em interação social, com o objectivo de recolher dados qualitativos de uma discussão focada num tema. São úteis para a construção de questionários. Os indivíduos são seleccionados de acordo com determinadas características que tem em comum, relacionadas com o tema a pesquisar com o GF (Krueger & Casey, 2009). Neste caso, os indivíduos foram seleccionados por terem em comum as seguintes características:

- ✓ Estarem a realizar o internato médico na cidade de Évora.
- ✓ Jovens internos a frequentar o internato no máximo há dois anos.

A opção pela recolha de dados através da realização de GF permite utilizar a dinâmica de grupo como uma vantagem para gerar ideias. É menos dispendiosa que uma entrevista individual e mais acessível monetariamente (Bowling, 2009). De acordo com Richie & Lewis (2003) os grupos focais são uteis para pesquisar atitudes e perspectivas sobre determinado assunto. Sendo a técnica ideal a utilizar no nosso estudo, tendo em conta o objectivo principal.

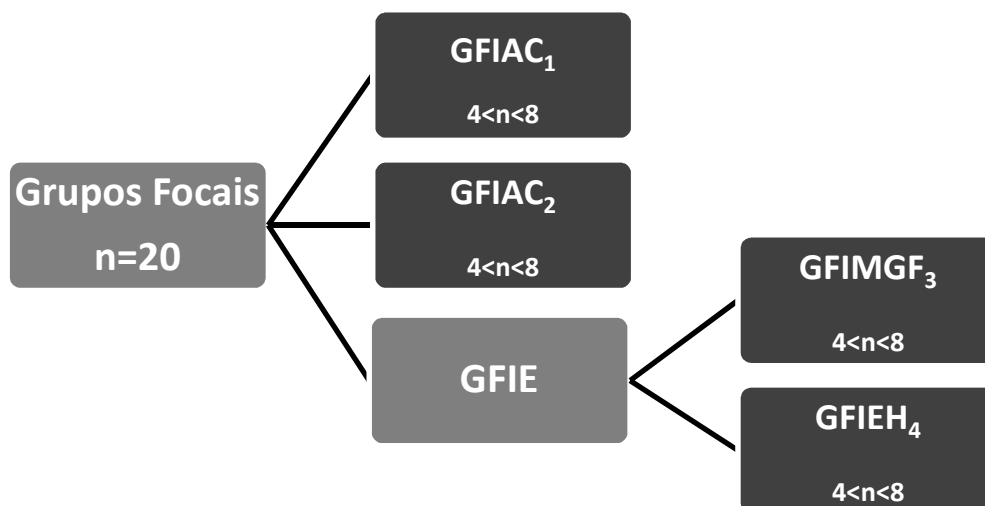
Um grupo focal deve ter no mínimo 4 indivíduos presentes e no máximo 12. Pequeno o suficiente para que todos os indivíduos possam dar a sua opinião, mas com uma dimensão que permita obter opiniões diversificadas, sem tendência para a dispersão, em relação ao tema abordado na discussão (Krueger & Casey, 2009). Neste estudo optou-se por estabelecer um número mínimo de 4 e máximo de 8, tendo em conta o número total de internos da Administração Regional de Saúde na cidade de Évora, que tem uma dimensão mais reduzida quando comparada, por exemplo, com a Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo.

O convite foi realizado a 20 internos através de uma carta personalizada, entregue pessoalmente pela investigadora (em anexo I). Os internos que aceitaram participar, foram divididos pelos grupos focais de acordo com as características estabelecidas pela investigadora.

Os grupos foram organizados de acordo com a fase do internato (IAC vs IE) e dentro dos IE foram divididos por grupo de Internos de Medicina Geral e Familiar (IMGF) e um outro grupo de IE Hospitalares (IEH). Cada GF teria que ter no mínimo 4 internos e

dois investigadores, o autor do trabalho e um investigador convidado. Ao fim do 3 GF se fosse atingida a saturação não haveria necessidade de realizar mais nenhum GF. Sendo a saturação atingida quando as opiniões e percepções obtidas são constantemente repetidas e não se está a obter novas informações (Caneron, 2005; Krueger & Casey, 2009). O investigador, devido às características dos sub-grupos, optou por realizar os 4 GF mesmo que fosse atingida a saturação no terceiro GF. Dois GF com IAC (GFIAC), e dois grupos focais de IE (GFIE), um grupo focal de IMGF (GFIMGF) e um último GF com IEH (GFIEH) (figura 8).

Figura 8 – Grupos focais utilizados para recolha de dados do estudo.



O investigador conduziu a discussão através de perguntas abertas e fechadas, que servirão como guia da conversa (Anexo II- guião para grupo focal). A reunião teve um máximo de 2 horas de discussão e foi realizada na biblioteca da Unidade Saúde Familiar Salus de Évora, durante os meses de Janeiro e Fevereiro, de acordo com a disponibilidade de horários dos convidados a participar no estudo.

Para garantir o anonimato dos indivíduos e antes do início do grupo focal, foi entregue um questionário com perguntas de caracterização sociodemográfica, aos quais foi atribuído um código numérico (anexo III).

4.4 - Método de análise de dados

Foi feita uma breve caracterização dos sujeitos que participaram no grupo focal, no que diz respeito ao género, idade, nacionalidade e Faculdade de Medicina de origem, usando contagens e frequências relativas. Segundo Schatzman & Strauss *cit in* Creswel, J., 2009, a análise de dados qualitativos deve avaliar e classificar os indivíduos que participaram no estudo. Os grupos focais foram gravados em suporte áudio que, posteriormente, foi transcrito, usando o programa *Word*.

Os dados recolhidos durante a realização dos grupos focais foram sujeitos a análise de conteúdo. De acordo com Bardin (2008), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de investigação através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo das comunicações, tem por finalidade a interpretação e descrição das mensagens.

A análise dividiu-se em 3 fases (Bardin, 2008; Trindade & Vieira, 2009):

- a) Pré-análise, em que se sistematizaram as ideias iniciais de forma a desenvolver um plano de análise, tendo em conta a homogeneidade e representatividade (temas, semelhanças entre si, temas, etc.)
- b) Exploração do material, em que se aplicaram regras previamente estruturadas ao conteúdo das comunicações e formação de categorias. Temas agrupados por relevância e repetição.
- c) Tratamento dos resultados com exposição dos resultados de forma a serem significativos e possível inferência.

Após a transcrição dos grupos focais procurou-se definir os temas centrais dentro de cada grupo, tendo como base o guião utilizado durante o GF, através de uma análise vertical (Bunchaft & Gondim, 2004). Classificando unidades de análise. Posteriormente, foi feita uma análise horizontal, comparando os temas entre os grupos e a sua relevância entre eles (Trindade & Vieira, 2009)

4.5 - Implicações éticas e legais

O presente estudo obteve aprovação da Comissão de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

Foi garantido o anonimato dos sujeitos estudados através da atribuição de um código numérico a cada um. Apenas a investigadora tem a chave desse código. Foi respeitado durante o decorrer dos GF os direitos, necessidades, valores e desejos dos participantes. Em que qualquer participante tinha o direito de pedir esclarecimentos e de desistir da sua participação no estudo até duas semanas após a realização do GF.

Os sujeitos do estudo foram informados acerca dos objectivos do estudo e convidados a participar. Ao concordarem em participar foi pedido a assinatura do consentimento informado (anexo IV).

4.6- Conflitos de interesse

A autora torna pública a responsabilidade pelo conteúdo do estudo não existindo conflitos de interesse.

5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 - Caracterização dos participantes

Dos 20 internos convidados a participar no estudo, compareceram 19, realizando-se, ao todo 4 Grupos Focais (GFs), entre os meses de Janeiro e Fevereiro.

No $GFIAC_1$ e $GFIAC_2$ participaram 10 internos, 5 elementos em cada grupo respectivamente. No GFIMGF3 compareceram 4 internos e no último GFIEH4 participaram 5 elementos (figura 9).

Figura 9- Identificação dos grupos focais, códigos atribuídos e o número de participantes.

Grupos Focais	GFIAC	GFIAC	GFIMGF	GFIEH	Total
Identificação Grupos Focais	GF1	GF2	GF3	GF4	
Identificação do participante Código/GF	Código/GF1	Código/GF2	Código/GF3	Código/GF4	
Nº participantes	5	5	4	5	

Os IAC que participaram apresentaram uma média de idade de 27 anos, com idades compreendidas entre os 25 e os 30 anos de idade. Ao contrário do grupo de IMGF, cujo o intervalo de idades era maior, o mais novo apresentava 32 anos e o participante mais velho 56 anos de idade, com uma média de 40 anos. O GFIEH apresentou idades mais homogêneas com um intervalo entre os 26 e os 29 anos e uma média de idades de 27 anos.

Dos 19 participantes, 16 nasceram em Portugal, os outros 3 elementos nasceram em países diferentes, na Bélgica, Alemanha e um último no Luxemburgo.

Relativamente às Escolas de Medicina que frequentaram verificamos que 26,5% realizou o curso em escolas estrangeiras. Nomeadamente, em Espanha (*Universidad de*

Extremadura-Campus Badajoz; Universitat de Barcelona e Universidad de Córdoba) e República Checa (*Masaryk University*).

Em Portugal a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (9 internos), Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (2 internos) e Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (3 internos) foram as escolas médicas Portuguesas frequentadas pelos internos que participaram nos GFs.

5.2 - Análise das expectativas profissionais futuras

De acordo com a leitura e análise vertical e horizontal de todos os grupos focais, os assuntos de maior relevância e repetição são as expectativas gerais do seu futuro profissional, planos para sua vida profissional e carreira médica, problemas e oportunidades futuras e o *numerus clausus* vs capacidade formativa.

5.2.1 - Expectativas gerais do futuro profissional

Relativamente a esta categoria a consternação e preocupação é unânime. A actual situação económica e financeira do país é um tema que provoca inquietação e suscita grande preocupação sobre o futuro do SNS:

*“... não sei se haverá no futuro Serviço Nacional de Saúde ...”*03/GF2;

“... eu receio o futuro do sistema nacional de saúde (...) não sei se vamos ter serviços a funcionar como estão hoje ...” 04/GF3;

“... a questão principal é como vai ficar o sistema nacional de saúde ...” 05/GF4.

Um profissional necessita de ter esperança e de elementos motivadores de comportamento, só assim se conseguem criar expectativas pessoais. Sem esses estímulos poderá não existir confiança para obter resultados e consequentemente ausência de expectativas (Rosa, 1994). Foi esta ausência de esperança e de atitude que encontramos quando questionamos todos os GFs sobre as suas expectativas

profissionais gerais. É um tema que provoca apreensão em todos os participantes dos grupos focais.

Encontramos estádios diferentes de acordo com a fase do internato. Para os GFs realizados com os IEMGF e IEH a ausência de pensamentos futuros e expectativas profissionais é geral. Para os GFs realizados com os IAC, o futuro depende de uma grande questão, qual a nota que terão no PSN. Na altura da realização do GF todos os IAC estavam na expectativa de receber a qualquer momento a nota do exame realizado para o acesso à especialidade. A classificação irá decidir qual o lugar que irão ocupar na lista nacional e a escolha da especialidade médica. Os indivíduos estavam muito concentrados e focados na nota do exame de admissão à especialidade. As suas expectativas futuras estavam dependentes de um único resultado o que dificultou a sua capacidade de pensar para além deste futuro próximo. Tal evidencia, que a escolha de especialidade é determinante na construção da futura vida profissional condicionando-a:

“Neste momento expectativas futuras é esperar pela nota do exame para a especialidade ...” 01/GF1;

“Expectativas futuras (...) é um assunto que não interessa, quando tudo depende da nota que estou à espera, não posso pensar no futuro ...” 02/GF1;

“... não sabemos se conseguimos a especialidade que queremos!” 01/GF2;

“... a indecisão e o desconhecido não sabemos o que vai acontecer, nem o que pensar (...) nem sei se terei lugar para tirar a especialidade ...” 01/GF2.

Com estes GFs, GF1&2 percebeu-se que a escolha da especialidade é um dos momentos decisivos para a sua futura vida profissional. No entanto, as vagas disponíveis para o internato da especialidade são limitadas e refletirão, em última análise, as necessidades do SNS. Será sempre uma fase crucial, porque marca o início real da vida profissional, já que não conseguirão exercer sem a especialidade.

A escolha da especialidade é uma etapa profissional importante para estes futuros médicos especialistas, é onde se constroem as suas expectativas profissionais. Este será um dos momentos onde se poderá conseguir medir as suas expectativas, sendo que estas e a consequente motivação, são factores cruciais para um bom desempenho. (Franco et al, 2004)

Para os participantes dos GF3&4, futuro é uma “pergunta sem resposta”. Em ambos os grupos não existem grandes perspectivas profissionais e referem, inclusive, incapacidade em pensar e prever o futuro profissional. Portugal tem sido sujeito a grandes alterações desde a entrada da *Troika* com constantes reestruturações e cortes (estruturais e financeiros) (Conceição et al., 2011). Este ambiente de mudança provoca ansiedade e incertezas profissionais futuras:

“ A percepção que tenho é que está mal e cada vez pior ... ” 01/GF3;

“... hoje não se pode fazer planos a 2 anos (...) não dá para programar porque as coisas mudam a toda a hora.” 04/GF3;

“... costumo pensar se foi uma escolha correcta, onde vamos ficar (...) as condições em que vamos ficar ... ” 05/GF4.

O futuro para estes internos da especialidade é um misto de indecisões e incertezas. Não conseguem definir os resultados e as condições ideais de trabalho que pretendem devido à instabilidade que se vive no sector saúde. Esta ausência de expectativas provoca uma falta de motivação geral (Rosa, 1994).

Segundo Ferreira e colegas (1986), as expectativas profissionais necessitam de regras claras, que possam relacionar o desempenho e a recompensa. Permitindo ao indivíduo conhecer com clareza o que se espera do seu trabalho e como será avaliado. É esta clareza e ausência de regras bem definidas, que são necessárias a estes jovens internos, para conseguirem ultrapassar o momento de indecisão e dúvidas sobre o seu futuro profissional.

Porém, no GF3, existe ainda uma esperança no grande papel que os médicos de família terão no futuro SNS. A necessidade de diminuir os custos com tratamentos e

internamentos hospitalares e o número de médicos de família em idade de pré-reforma aumentam as expectativas dos internos de MGF em relação à sua carreira médica:

“... na nossa especialidade ainda estou optimista!” 02/GF3;

“... custa menos pagar 1242€ que me pagaram este mês para fazer prevenção (...) na nossa especialidade daqui a 7 anos nesta USF está quase tudo reformado.” 04/GF3

Na verdade a preocupação e a incapacidade de pensar e planear o futuro é comum a todos os grupos. Existe uma desmotivação generalizada, com uma pequena esperança observada no GF3. O que poderá ter consequências num futuro próximo. De acordo com Dussault & Fronteira (2010) é necessária motivação para que se possa produzir serviços em quantidade com qualidade adequada.

5.2.2 - Planos para a vida profissional e carreira médica

Relativamente às opções futuras os grupos estão em fases diferentes. Os GF1&2 ainda necessitam de realizar a escolha da especialidade. Enquanto o GF3&4 já estão a realizar o internato da especialidade, estão numa fase mais avançada, onde necessitam de pensar que tipo de trabalho e onde pretendem exercer no futuro como especialistas.

No entanto, em todos os GFs foi mais um momento de insatisfação. Ficou demonstrado que neste momento limitam-se a viver o presente e apresentam grande receio de pensar e estruturar planos para o futuro:

“... até posso tirar 100, mas se não abrir a especialidade eu não entro no que quero (...) é desanimador.” 04/GF1;

“... há falta de oportunidades de trabalho e de especialização ...” 03/GF2;

“... não dá para programar porque as coisas mudam a toda a hora ...” 03/GF3;

“... neste momento não tenho planos nenhuns (...) todos os anos surgem coisas novas.” 04/GF4;

“Não podemos desejar ir para aqui ou para acolá, não sabemos se isso poderá acontecer.” 02/GF4.

No GF1&2, não conseguiam pensar no futuro porque tudo dependia da nota do exame de admissão. Alguns dos elementos do GF1 afirmavam inclusive que nunca tinham pensado sobre a área de especialização que mais gostavam e qual será a sua opção de escolha. Inicialmente apresentaram alguma dificuldade em definir quais as opções, com grandes momentos de indecisão, que demonstram a falta de motivação e de perspectivas futuras:

“... gosto de todas as áreas, não sei ...” 02/GF1;

“... nunca pensei muito nisso, mas imagino-me a trabalhar numa unidade de saúde familiar ...” 03/GF1.

Após um momento de descontração conseguiu-se em ambos os grupos (GF1&2) prosperar o que todos ambicionam. De acordo com Santana e colegas (2013) entre os anos 2001 e 2011, 78% dos médicos especialistas formados pertencem a especialidades hospitalares. Tal como é referido na literatura, as especialidades médicas hospitalares são as que apresentam maior atractividade, para estes internos. A maioria dos IAC pretende especialidades cirúrgicas, sendo também referidas a especialidade de Otorrinolaringologia, Psiquiatria, Radiologia.

Só um dos 10 participantes referiu que gostava de trabalhar como médico de família. Também se observou nos GF1&2 a falta de atractividade da especialidade de MGF. É uma especialidade que tenderá a perder rapidamente profissionais no futuro (Santana et al., 2013). A carreira médica de MGF parece não ter capacidade de reposição dos efectivos, 74% do total dos médicos pertencentes a esta carreira tem mais de 50 anos. Os escalões mais jovens parecem ser ainda em número insuficiente, para substituir os médicos que se irão retirar de funções nos próximos anos na especialidade de MGF (Santana et al., 2013). É necessário tomar algumas medidas que tornem a escolha da

especialidade MGF mais atractiva. Estudos realizados sobre quais as razões da escolha da especialidade de medicina familiar, revelam que o contexto escolar, a proximidade do doente e a necessidade de manter o equilíbrio entre a vida familiar e o trabalho são algumas das causas apontadas (Belladi, 2004; Hutt, 2014). Seria interessante tentar perceber em Portugal, quais as principais razões que condicionam a escolha de MGF, para se adoptarem as devidas medidas, que tornassem MGF, uma especialidade mais atractiva. Neste trabalho, só foi possível identificar uma das principais razões para a escolha de MGF, o reconhecimento que os doentes apresentam pela dedicação do seu médico de família. Foi um dos grandes estímulos, que os participantes no GF3 apresentaram como factor motivador ao seu trabalho diário.

Apesar dos dados apresentados relativamente às especialidades que pretendem frequentar, 20% dos internos ainda não apresentou uma ideia definida. A carreira de investigação clínica só foi referida por um elemento. Porém, este afirmou que seria difícil conciliar com a carreira médica que gostava de exercer:

“Gostava de investigação (...) investigar e prática clínica não permite vida privada.” 01/GF1.

Relativamente às opções futuras após a realização do internato da especialidade continua a existir uma dificuldade de exprimir as suas opções. Sempre justificada pelas constantes mudanças a que o país tem sido exposto desde a entrada da *Troika* em Portugal.

A maioria dos internos não pretende trabalhar em grandes centros. Apesar de reconhecerem que será difícil exercer as especialidades que estão a frequentar ou que pretendem escolher no interior do país:

“... eu gostava de trabalhar na periferia mas a para a especialidade que quero escolher deve ser mais fácil abrir vagas nos grandes hospitais.” 04/GF1;

“... eu preferia a periferia, os grandes centros estão sobrecarregados...” 01/GF2;

“...se tiver possibilidade de ficar no interior, não sei (...) eu não gosto de trabalhar em hospitais centrais, mas se não houver hipótese de ser.” 04/GF4.

Mobilidade e retenção de RHS é um tema muito importante na área de gestão de recursos. Em 2011, 71% dos médicos do SNS estavam concentrados nas regiões de saúde de Lisboa e Vale do Tejo e do Norte (Santana et al., 2013), o que proporciona desigualdades de acesso à saúde nas diferentes regiões do país. No entanto, os internos do estudo demonstraram intenção de trabalhar longe dos grandes centros urbanos o que poderá resultar de já se encontrarem deslocados destes. Porém, referem que será difícil encontrar lugar para trabalhar em zonas mais remotas, nas especialidades hospitalares que pretendem exercer. Estes jovens internos mostram disponibilidade para trabalhar em regiões mais carenciadas de médicos especialistas. No entanto, necessitam de condições para tomar esta opção e uma das principais, de acordo com o resultado da discussão no GF é existir vagas para a especialidade que pretendem exercer.

Os internos do GF3, ao contrário dos outros GFs reconhecem que para a especialidade de MGF será mais fácil trabalhar longe dos grandes centros urbanos:

“... por uma questão económica e familiar vou ficar mais no interior e de forma nenhuma em Lisboa ...” 01/GF3;

“... tinha oportunidade de escolher a especialidade que gostava no Algarve, mas não escolhi porque era o Algarve, preferi vir para o Alentejo.” 03/GF3;

“... nesta especialidade está fora de questão ir para um grande centro.” 04/GF3.

Demonstraram grande vontade de trabalhar em regiões de província, longe da agitação citadina e onde poderão ser reconhecidos. Ou seja, para estes internos de MGF, trabalhar longe dos grandes centros hospitalares proporciona um maior reconhecimento da população pela sua função como médico. Todos apresentaram um brilho nos olhos, quando referiam quão benéfico é, para o trabalho de um médico de família ouvir o agradecimento dos seus doentes pela sua dedicação. Nas grandes cidades, junto de especialidades hospitalares este reconhecimento seria mais difícil de obter.

Todos pretendem trabalhar na função pública apesar de reconhecerem que a remuneração oferecida é abaixo das suas expectativas. Abordaram a questão do trabalho em exclusividade, reforçando que este não oferece os rendimentos suficientes para a responsabilidade e vida que pretendem:

“... a carreira ideal para mi seria dedicar-me totalmente ao hospital. As considero ser difícil devido às limitações económicas. Em Portugal, o médico para viver razoavelmente bem tem que se submeter a trabalhar no sector público e privado.” 01/GF1;

“... pela responsabilidade que temos não somos bem remunerados ...” 03/GF1;

“...o privado pode dar maior estabilidade ao fim do mês ...” 02/GF2

“... trabalhava na Administração Pública e 2002 a ganhar mais do que ganho agora (...) é sempre a descer tem havido muitos cortes ...” 03/GF3;

“... pela responsabilidade que temos não somos bem pagos, em relação ao ano comum acho que era bem pago para a responsabilidade que tinha (...) o pagamento das horas extra são uma vergonha ...” 01/GF4.

Todas estas afirmações comuns em todos os GFs vêm reforçar o facto de em Portugal, existir um grande número de médicos a trabalhar para mais do que uma instituição pública. Demonstra a necessidade de procura de novas fontes de rendimento e a consequente necessidade de prestação de serviços médicos, nos vários serviços públicos de saúde (Ribeiro et al., 2014; Santana et al., 2013). Observando-se também uma diminuição do número de médicos com dedicação exclusiva e disponibilidade permanente, quando analisamos os últimos dados publicados para os anos de 2011/2012 (ACSS, 2012).

Os participantes do GF1&2 não sabem qual será a sua remuneração futura, afirmam porém que em Portugal não serão recompensados pela responsabilidade e pelos anos de estudo necessário para o exercício da sua actividade:

“... eu não sei qual será o ordenado mas sei que não é bom (...) as pessoas pensam que os médicos ganham fantasticamente (...) os médicos podem ganhar bastante se não tiverem vida.” 03/GF2.

Durante o decorrer dos GF1;2&4 foi ainda comentado por 40% dos internos a possibilidade de exercer medicina num país estrangeiro. Na maioria dos indivíduos essa será sempre uma segunda opção. Se não conseguirem emprego, ou se, as condições de trabalho oferecidas em Portugal, não corresponderem às expectativas. O Reino Unido e Alemanha foram os dois países mais comentados como possível país de emigração:

“... eu quero trabalhar aqui, mas se não conseguir tenho a certeza que consigo emprego noutro país qualquer do mundo e com boa remuneração.” 01/GF1;

“... eu quero ir embora, mas não sei se é fácil ir embora ...” 02/GF2;

“... só vou para fora se o desemprego aumentar em Portugal ...” 04/GF2;

“... ir para fora do país é uma possibilidade para mim, gostava, já pensei na Austrália, mas não é fácil. Mas se conseguir vou para fora ...” 02/GF4.

A categoria relativa aos planos profissionais futuros continua a demonstrar a desmotivação geral observada nos grupos focais. Com uma ausência de rumo e desconhecimento das oportunidades que o futuro poderá oferecer.

O facto de frequentarem o internato numa Administração Regional de Saúde no interior do país poderá demonstrar que são futuros especialistas que procuram trabalho em zonas não centrais. Tal como foi referido nos grupos focais. Procuram também trabalhar em instituições públicas, porém consideram que a remuneração oferecida não é suficiente para a responsabilidade que lhes é atribuída. Mais uma categoria que demonstra a falta de incentivo, clareza e motivação profissional.

5.2.3 -Problemas e oportunidades futuras

Um dos principais problemas que a maioria dos grupos refere é a possibilidade de existir desemprego médico num futuro muito próximo, com excepção do GF3. Segundo os IMGf, a prevenção é necessária e envolve menos gastos em saúde, devido a este factor os médicos de família serão a classe mais favorecida e mais necessária numa fase de crise onde terão de diminuir os custos com a área da saúde. O Ministério da Saúde veio recentemente reforçar a opinião dos IMGf do GF3, com a publicação de um aviso de abertura de concurso, no dia 11 de Abril em Diário da República. Disponibilizou 200 vagas para médicos com a especialidade de MGF em todo o país.

O desemprego médico de acordo com os IAC poderá chegar ainda antes de finalizarem a especialidade. Segundo estes se não conseguirem colocação para realizar a especialidade não poderão exercer medicina:

“... mais do que o desemprego no futuro, é uma formação que não acabou, não sou autónomo e se calhar não vale a pena tanto investimento ...” 02/GF1;

“... vai haver falta de oportunidade de trabalho e de especialização ...” 01/GF2;

“... na nossa especialidade ainda estou optimista (...) é mais barato a prevenção ...” 03/GF3;

“A grande preocupação é a colocação futura após a saída da especialidade, há muita gente que não sabe se vai ter lugar, a possibilidade em pediatria de não ter lugar é brutal ...” 02/GF4;

“... vai chegar a altura que não vamos ter escolha ...” 04/GF4

Na verdade o desemprego não é a única preocupação, todos os grupos receiam que esta fase de contenção, devido à situação económica do país, se vá reflectir na qualidade da formação, na falta de material para trabalhar e no aumento das restrições em meios auxiliares de diagnóstico. Todos estes problemas enumerados, de acordo com os

internos terão como consequência a diminuição da qualidade dos serviços prestados, sendo um dos grandes problemas alistados pelos internos:

“... a contenção só poderá dar má formação ...” 05/GF1

“... a falta de material (...) cortes no sistema não permitem exercer medicina em condições (...)tem que se voltar à medicina clinica em que temos de apalpar o fígado.” 04/GF3;

“... a qualidades dos serviços vai piorar e o material esta a faltar ...” 04/GF4.

Em todos os grupos sem excepção foi também abordado um tema polémico entre internos, mas que está a suscitar grande tensão entre eles. O facto de ser concedida autorização de autonomia profissional aos internos licenciados em escolas de medicina estrangeiras. Todos os internos licenciados em Universidades Portuguesas necessitam de dois anos de formação tutorial até possuírem autorização para o exercício autónomo de medicina:

“... nós licenciados em Portugal não podemos ser médicos sozinhos, se não conseguir lugar na especialidade nem serviços como médico generalista posso prestar e eles que fazem curso lá fora podem ...” 05/GF2;

“Eu no ano comum não podia prescrever (...) o facto de ser licenciado e Portugal implica ter menos condições do que ser licenciado lá fora ...” 01/GF3;

“ Qual é o direito que uma pessoa licenciada lá fora tem sobre quem é licenciado cá (...) a lei portuguesa protege o cidadão português, mas depois a lei europeia permite o licenciado em medicina exercer, nós em Portugal temos no cartão no ano comum, não apto a exercer medicina e letras vermelhas ...” 04/GF3

De facto é um tema controverso. A autorização do exercício de medicina aos licenciados em escolas médicas estrangeiras é definida pela **Directiva 2005/36/CE**. Mas em Portugal, a Ordem dos médicos só permite o exercício autónomo de medicina dois anos após formação tutelada (Governo de Portugal, 2012). Este tema provoca alguma

ansiedade entre os internos, apesar de existir compreensão dos licenciados em escolas estrangeiras pelo descontentamento dos colegas que frequentaram escolas médicas Portuguesas.

Um licenciado ou mestre em escolas médicas Portuguesas se não conseguir lugar para realizar o IAC, ou da especialidade, não poderá exercer, ao contrário de um aluno de escolas estrangeiras que poderá sempre exercer medicina após a conclusão da formação pré-graduada. Os IAC que realizaram o CMIM em Portugal referem que o seu principal receio é não conseguir vaga no internato da especialidade, pois não poderá exercer medicina e ficarão no desemprego. Ou seja, realizaram uma formação de 6 anos, mais um ano de IAC e poderá ao fim de 7 anos não conseguir exercer medicina, se não entrar para a especialidade. Os colegas que realizaram a formação em escolas estrangeiras se não entrarem para a o IAC ou para a especialidade, podem sempre exercer medicina como médicos generalistas.

Quando se tentou falar em oportunidades na carreira médica e no exercício de medicina em Portugal foi um tema que colocou na maioria dos grupos momentos de silêncio e a procurar uma resposta, a qual foi difícil de encontrar. Após alguma reflexão a maioria dos grupos não conseguiu enumerar nenhuma oportunidade na carreira médica futura, com excepção do GF3. Que referiram, talvez devido à maior proximidade que um médico de família tem do seu doente, o reconhecimento dos doentes pelo trabalho do médico continuará a ser uma grande oportunidade:

“... o reconhecimento dos doentes pelo nosso trabalho é uma oportunidade para mim (...) é das poucas coisas boas que estou à espera no futuro ...” 03/GF3.

Mais uma vez a categoria relativa aos problemas e oportunidades não conseguiu provocar nos internos uma visão mais optimista do futuro. Não se conseguem abstrair do receio e medo criado em relação ao futuro profissional. Apresentando uma ausência de expectativas profissionais.

Franco e colegas (2004), no estudo realizado sobre os principais determinantes da motivação dos RHS, referia que as reformas realizadas no sistema de saúde, tem um grande impacto em mais do que um dos determinantes motivacionais, afirmando que devia ser analisado antes de qualquer reforma o impacto que esta terá sobre a motivação

dos profissionais. Todas as reformas que estão a ser realizadas no nosso SNS estão realmente a ter impacto num dos determinantes da motivação, a expectativa. Um dos principais pensamentos e opiniões retirado destes grupos de discussão é a ausência de expectativas. Os internos não apresentam nenhuma atitude de esperança, nem conseguem definir projectos profissionais futuros devido a todas as constantes mudanças e incertezas.

5.2.4 - Numerus clausus vs capacidade formativa

Esta categoria além de ser uma questão referenciada constantemente na bibliografia e na comunicação social (Dionísio, 2013; Governo de Portugal, 2012; Santana et al., 2013) é um tema sugerido pelos internos como fundamental para o futuro da carreira médica. De uma forma geral consideram que os cursos de medicina em Portugal estão sobrelotados. Principalmente na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, facto também suportado pelos últimos dados divulgados por Santana e colegas (2013). Os internos referem que são muitos alunos por assistente. Por vezes estão 20 alunos a fazer a história clínica junto de um só doente. Além do doente se sentir constrangido é muito difícil para qualquer aluno obter algum rendimento de uma aula prática nestas condições:

“... são cerca de 20 alunos à volta de um doente ele até se sente mal ...”
01/GF1;

“ ... nas aulas supostamente práticas nós não temos autonomia nenhuma (...) estamos nós os alunos, internos, assistente e muitas vezes enfermeiros à volta de um doente ...” 05/GF1;

“... o doente não está à vontade nós somos muitos alunos à volta dele (...) deviam dar mais ênfase ao ensino prático, praticar não é colocar o doente à frente, devíamos ter aprendido técnicas e só fazíamos a história clínica”
01/GF2;

“Somos demasiados alunos e poucos tutores, muitos são voluntários, não ganham nada, estamos dependentes da sua boa vontade (...) podíamos ir para uma cirurgia e não víamos nada e o tutor nem queria saber” 04/GF2;

“ O curso de Coimbra é muito teórico ... ” 01/GF3;

“ ... fazíamos a história clínica, discutíamos com o assistente e passávamos o resto da manhã a olhar para a parede ... ” 02/GF4.

Os internos que realizaram o curso na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa reforçam que também são muitos alunos. No entanto, como existem vários centros hospitalares a apoiar os estágios dos alunos eles conseguem ficar melhor distribuídos e usufruírem de estágios mais práticos:

“Campo Santana ainda tem um ratio tutor aluno bom porque temos muitos hospitais associados ...” 05/GF2.

Os internos que realizaram o curso em escolas médicas no estrangeiro acham que os cursos foram bastante práticos, teoria defendida pelos alunos que realizaram curso na República Checa, onde o curso é composto por uma elevada componente prática e referem a disponibilidade dos seus tutores:

“ Lá os chefes tinham humildade e tempo para falarmos o que queríamos, começávamos cedo todos os dias e tínhamos muita aula prática ... ” 03/GF2.

Na verdade toda a preocupação dos internos pelo excesso no número de alunos já tinha sido reportada no relatório sobre a revisão do regime do internato médico, publicado em 2012, apresentado pelo grupo de trabalho criado pelo Secretário de Estado da Saúde. Onde foi inclusive proposta a redução do número de alunos para 2/3 das vagas actuais (Governo de Portugal, 2012).

6 - CONCLUSÃO

As expectativas profissionais funcionam como um estímulo para actuar no futuro. A sua presença é essencial para fomentar atitudes e comportamentos na procura de resultados. No exercício de medicina é essencial a presença de expectativas, que funcionam como motivação para o exercício profissional, para um bom desempenho no serviço prestado à sociedade.

Desde o ano 2000 que o curso de medicina tem sofrido algumas alterações. Com a “Declaração de Bolonha” passou a ser denominado de Curso de Mestrado Integrado em Medicina, estando organizado em 2 ciclos de 3 anos cada. Nos últimos anos, aumentaram, para o dobro, o número de escolas médicas e foram introduzidas vagas especiais para licenciados, o que provocou um grande aumento no número de indivíduos formados em medicina. A capacidade formativa das Universidades e das Instituições públicas de saúde começou a ser colocada em causa, tornando-se, por isso, necessário avaliar o impacto que todas estas alterações têm nas expectativas profissionais dos jovens médicos.

O presente estudo teve como objectivo principal avaliar as expectativas profissionais, dos futuros médicos de Portugal, uma vez que um maior conhecimento sobre as suas preocupações e atitudes na carreira médica são fundamentais para realização de futuras estratégias de gestão de RH.

O estudo contribuiu para perceber que todos os internos que participaram estão numa fase de indecisão profissional e desmotivação, com grande receio em relação ao seu futuro como médicos em Portugal. Apresentam alguma dificuldade em exprimir o que será a sua carreira médica ideal. Neste momento, a maioria dos internos só quer ter a certeza que terá trabalho como especialista em Portugal.

Quando questionados sobre a vida profissional, a principal preocupação para os IAC é não saber se vão conseguir vaga para o internato da especialidade. Os IE não apresentam grandes expectativas e comunicaram o seu receio de não conseguirem lugar para trabalhar num futuro próximo.

Relativamente às questões que mais preocupam os internos, as mais focadas foram o excesso de candidatos ao internato médico, o número limitado de vagas para internos da especialidade e contractos para médicos especialistas e as constantes alterações aplicadas pelo Governo de Portugal no sector da saúde, desde a entrada da *Troika* em Portugal. Todos estes factores parecem contribuir para uma instabilidade e desmotivação dos futuros médicos especialistas e provoca alguma dificuldade em enumerar as atitudes futuras.

Apesar da dificuldade em definir e apresentar as suas atitudes futuras a maioria dos internos pretende frequentar especialidades hospitalares e de preferência longe dos grandes centros urbanos. O facto de realizarem o internato num hospital numa zona de interior, poderá influenciar a escolha de uma região mais remota no futuro, para o exercício da sua actividade como médico. Seria interessante realizar um outro estudo com internos em Administrações Regionais de Saúde mais centrais, para conseguir comparar os resultados e perceber se estes, apesar de realizarem o internato em hospitais centrais, também prefeririam exercer a sua actividade longe dos grandes centros. Desta forma, seria possível compreender se era uma escolha da maioria dos internos de medicina em Portugal.

Os IMGF são os que apresentaram maiores expectativas em relação ao exercício da sua especialidade no futuro. Possivelmente, a conjectura actual e a maior aposta nos cuidados de saúde primários, pelo Ministério da Saúde, conferem uma maior esperança aos internos de medicina geral e familiar. Porém, seria também interessante realizar mais um ou dois GFs com outros internos de MGF e de EH de outras localidades do país para comparar as expectativas profissionais de acordo com a região geográfica do internato.

É urgente actuar sobre a incapacidade generalizada de realizar planos para carreira médica futura. Todas as atitudes observadas têm como factor principal a situação económica, social e política vívida, actualmente, em Portugal. O excesso de candidatos ao internato da especialidade e de futuros médicos especialistas são o segundo factor que mais condiciona a falta de expectativas. É necessário actuar urgentemente no segundo factor, diminuindo o *numerus clausus*, de forma a garantir o ensino e formação médica especializada de qualidade.

A capacidade formativa está a atingir o limite e a influenciar futuras opções dos estudantes de medicina. A realização de projectos de incentivos, junto dos estudantes de medicina, de forma a aumentar a atratividade de algumas especialidades, como medicina geral e familiar e saúde pública seria interessante. Também no presente trabalho se apresentaram com especialidades menos atrativas.

Por fim, urge actuar em todos os factores indirectos e directos que influenciam as expectativas dos futuros médicos de Portugal. Sendo a expectativa um dos determinantes da motivação profissional, é urgente, de forma a garantir serviços médicos de qualidade e com eficiência, actuar sobre este estímulo para comportamentos futuros. É uma das principais variáveis e factores influenciadores da futura qualidade dos nossos serviços de saúde.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2012) **Balanco Social Global do Ministério da Saúde e SNS-2012**.Ministério da Saúde. Em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Balanco%20Social%20Global%20do%20MS.pdf> (último acesso a 12 de Abril de 2014).
- Associação de Estudantes de Medicina de Lisboa (ANEM) (2011) **Evolução no número de Estudantes e das condições pedagógicas das escolas médicas portuguesas**. Grupo de Trabalho de Educação Médica.
- Bandura, A. (1977) **Self-efficacy:Toward a unifying theory of behavioral change**. Psychology Review, 84, pp. 191-215.
- Bardin, L.. (2008) **Análise de Conteúdo**. Edições 70, Lda.
- Barros P, Machado S.R., de Almeida Simões J. (2011) **Portugal: Health system review. Health Systems in Transitio**. 13-(4); 1–156.
- Belladi, P. (2004) **Surgery or General Medicine – a study of the reasons underlying the choice of medical specialty**. Medical Journal São Paulo. Em <http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sapis/download/bellodi.pdf> (último acesso a 25 de Abril de 2014)
- Bowling, A. (2009) **Research Methods in Health: investigating health and health services**. The McGraw-Hill companies.
- Brunello, G.; Lucifora, C.& Winter-Ebmer,R. (2001) The wage expectations of European College Students. Institute for the Study of Labor (IZA). Discussion paper No 299.
- Buchan, J. (2007) **Health Worker Migration in Europe Policy Issues and Options**. HLSP Institute, London.
- Cabral, M. (2010) **Perspectivas futuras enquanto Presidente da Associação Nacional de Estudantes de Medicina**. NEWS nº11 Janeiro/Fevereiro. Em

<http://news.fm.ul.pt/Content.aspx?tabid=59&mid=358&cid=673> (último acesso a 2 de Março de 2014).

- Cameron, J. (2005) **Focusing on the focus group**. In Hay, I (2000) Qualitative research methods in human geography. 2n. ed. Oxford University Press.
- Conceição, C.; Ribeiro, J.; Pereira, J. & Dussault, G. (2011) **Portugal Mobility of Health Professionals**. Associação para o Desenvolvimento da Medicina Tropical. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. WIAD.
- Creswel, J. (2009) **Research Design- Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches**. Sage publications.
- Declaração de Bolonha (1999) **Texto da Declaração de Bolonha**. União Europeia. Em <http://educar.no.sapo.pt/histFormProf311.htm> (último acesso a 26 de Abril de 2014)
- Diderichsen, S.; Andersson, J.; Johansson, E.; Verdonk, P.; Largo-Janssen, A. & Hamberg, K. (2011) **Swedish Medical Students' expectations of their future life**. International Journal of Medical Education. 2:140-146.
- Dionisio, J. (2013) **Não tenho vaga para a formação específica - e agora?**. Revista Frontal. em <http://revistafrontal.com/politica> Em <http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/4FB23C32-9A3C-4B7A-B9A5-F90DDA22FB59/4201/Medicina.pdfmedica/nao-tenho-vaga-para-a-formacao-especifica-e-agora/> (último acesso a 16 de Dezembro se 2013).
- Direcção Geral do Ensino Superior (2010) **Acesso ao Ensino Superior, Medicina e Ciclo Básico de Medicina**. (Último acesso a 3 de Março de 2014).
- Direcção Geral de Saúde (2012) **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**. Em <http://pns.dgs.pt/> (último acesso a 20 de Março de 2014).
- Dominitz, J. & Manksi, C. (1996) **Eliciting Student Expectations of the Returns to Schooling**. The Journal of human Resources 32:1-25.
- Dussault, G.; Fronteira, I. & Cabral, J. (2009) **Migration of Health Personnel in the WHO European Region**. Copenhagen. World health Organization.
- Dyck, A. (2012) **Student's Wage and Employment Expectations**. Thompson Rivers University. Em

http://www.tru.ca/shared/assets/UREAP_Andrew_Dyck24385.pdf (último acesso a 25 de Abril de 2014).

- Ferreira, J. Caetano, A. & Neves, J. (1996) **Psicossociologia das Organizações**. 5ªed. Lisboa. McGraw-Hill.
- Ferrinho, P.; Sidat, M.; Fresta, M.; Rodrigues, A.; Fronteira, I.; Silva, S.; Mercer, H.; Cabral, J. & Dussault, G. (2011) **The Training and Professional Expectations of Medical Students in Angola, Guine- Bissau and Mozambique**. Human Resources for Health 9:9. Em <http://www.human-resources-health.com/content/9/1/9> (ultimo acesso a 10 de Janeiro de 2014).
- Flick, U. (2009) **An Introduction to Qualitative Research**. Sage Publications Ltd. Ed 4.
- Fontes, C. (2013) **História da Formação Profissional e Educação em Portugal e Colónias**. Em <http://educar.no.sapo.pt/histFormProf311.htm> (último acesso a 2 de Março de 2014).
- Franco, L.; Bennett, S.; Kanfer, R. & Stubblebine (2004) **Determinants and consequences of health worker motivation in hospitals in Jordan and Georgia**. Social Science & Medicine. Volume 8 issue 52.
- Fronteira, I. & Dussault, G. (2010) **Recursos Humanos para a Saúde (RHS) Plano integrado no Plano Nacional de Saúde 2011-16 (Portugal)**. Plano Nacional de Saúde 2011-16 em <http://pns.dgs.pt/> (último acesso a 2 de Fevereiro de 2014).
- Governo de Portugal (2012) **Revisão do Regime do Internato Médico. Relatório Final. Secretário de Estado da Saúde**. Em [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Revis%C3%A3o%20do%20Int%20%20M%C3%A9dico%20-%20Relat%C3%B3rio%20Final%20\(Maio%202012\).pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Revis%C3%A3o%20do%20Int%20%20M%C3%A9dico%20-%20Relat%C3%B3rio%20Final%20(Maio%202012).pdf) (último acesso a 12 de Abril de 2014).
- Hutt, P. (2014) **General Prattice in the United Kindgom – training evolution**. Rev Bras Med de Fam e Comunidade, Jan-Mar 9 (30) 77-82. Em <http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/viewFile/881/598> (último acesso a 25 de Abril de 2014)
- Kemper, M; Umbach,V.; Schwager,S.; Gaschler, G.; Frensch, P. & Stümer, B. (2012) **What I say is what I get: stronger effects of sel-generated vs. cue-**

induced expectations in event-related potentials. *Frontiers in Psychology*. Volume 3, article 562. Em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3565970/pdf/fpsyg-03-00562.pdf> (Último acesso em 25 de Abril de 2014)

- Krueger, R. & Casey, M. (2009) **Focus Groups- 4rd Edition- Pratical guide for applied** research. Sage publications, INC..
- Mello, S. (1983) **Psicologia e profissão em São Paulo**: Ática.
- Miles, M. & Huberman, A. (1994) **Qualitative data analysis: an expanded sourcebook**. SAGE publications.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2013) **Relatório da Primavera 2013. Duas faces da saúde** em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2013.pdf> (último acesso a 5 de Dezembro de 2013).
- Pieron, H. (1977) **Dicionário de Psicologia**. (5^aed). Porto Alegre: Editora Globo S.A.
- Ponte, J. (2009) **O Curso de Medicina da Universidade do Algarve**. Notícias médicas.
- Rosa, L. (1994) **Cultura empresarial: motivação e liderança: Psicologia das Organizações**. Editorial Presença.
- Ribeiro, J.; Conceição, C.; Pereira, J.; Leone, C.; Mendonça, P.; Temido, M.; Vieira, C. & Dussault, G. (2014) **Health Professionals moving to...and From Portugal**. *Health Policy* 114(2014) 97-108.
- Ritchie, J. & Lewis, J. (2003) **Qualitative Research Prattice- a Guide For Social Science Students and Researchers**. Sage publications.
- Rosenthal, R. & Jakobson, L. (1980) **Pygmalion en la escuela. Expectativas del maestro y desarrollo intelectual del alumno**. Madrid: Ediciones Marova.
- Santana, P.; Peixoto, H.; Loureiro, A.; Costa, C.; Nunes, C. & Duarte, N..(2013) **Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos do Sistema Nacional de Saúde. Relatório Final**. Universidade de Coimbra.

- Santos, O.; Biscaia, A.; Antunes, A.; Craveiro, I.; Júnior, A.; Caldeira, R. & Charondiére, P. (2007) **Os Centros de Saúde em Portugal A Satisfação dos Utentes e dos Profissionais de Saúde**. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Em <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/2062/1/Osvaldo%20Santos%202007.pdf> (último acesso a 1 de Abril de 2014).
- Stewart, D.; Shamdasani, Prem & Rook, D.. (2007) **Focus Groups, Theory and Practice**. 2ªed. Sage publications.
- The Institute of Chartered Accountants in Australia (2012) **Career motivation study**. Liability Limited 0412-44.
- Trindade, L.& Vieira, M. (2009) **Curso de Medicina: motivações e expectativas de estudantes iniciantes**. Revista Brasileira de Educação Médica. 33(4):542-554.
- Varela, V. (2013) **Internato médico: as últimas (in)decisões**. Revista Frontal. Em <http://revistafrontal.com/politicamedica/internato-medico-as-ultimas-indecisoas/> (ultimo acesso a 20 de Março de 2014).
- Wismar, M.; Maier, C.; Glinos, I.; Bremner, J.;Dussault, G. & Figueras, J. (2011) **Health Professional Mobility and Health Systems in Europe: an Introduction** . European Observatory on Health Systems and Policies. WHO.
- Yin, R. (1994) **Case Study Research – Design and Methods**. 2ªedition. Applied Social Research Methods, volume 5. Sage publications.

8 - ANEXOS

ANEXO I – Convite para a realização do Grupo Focal

Convite à participação no Grupo Focal

O meu nome é Sandra Ferreira, sou aluna do mestrado em saúde e desenvolvimento do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Gostaria de pedir a sua colaboração para a realização de um estudo. Este estudo tem como objectivo compreender as expectativas profissionais dos futuros médicos de Portugal, que estão presentemente a frequentar o internato do ano comum ou da especialidade. Para tal, necessito de conhecer melhor quais são as opiniões, pensamentos e percepções dos internos de medicina. Através da realização de pequenos grupos de discussão (grupos focais) podemos obter algumas informações importantes que permitam enumerar as expectativas e no futuro e delinear planos futuros na gestão de recursos humanos.

Gostava de o convidar a participar num pequeno grupo de trabalho, onde estarão outros colegas internos, para que possamos conversar sobre as suas opiniões e percepções relativas às suas perspectivas profissionais futuras.

Dia:

Tempo (2horas)

Local:

Quer participar neste grupo de discussão?

Não _____ Muito obrigada pelo seu tempo.

Sim _____ Muito obrigada, pode colocar o seu contacto para que o/a possa contactar com a hora correcta do grupo de trabalho.

E-mail: _____

Tlm: _____

Muito obrigada.

Investigadora: Sandra Cristina dos Reis Ferreira, licenciada em Biologia;
Aluna de mestrado em saúde e desenvolvimento;
Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa, 2013;
Contactos:xxxxxxxx@gmail.com; xxxxxxxx1

ANEXO II – Guião para o grupo focal

GUIÃO do GRUPO FOCAL

Expectativas face à vida profissional futura, dos futuros médicos em Portugal: Estudo qualitativo.

Local: USF Salus, Évora.

Data: 29, 30 de Janeiro e 4 e 5 de Fevereiro .

Boa tarde, o meu nome é Sandra Ferreira, aluna de mestrado em saúde e desenvolvimento no IHMT. Ao meu lado tenho a Inês Santos, também aluna de MSD que irá fazer a continuação do estudo que estou a realizar, no âmbito da sua tese de mestrado.

Muito obrigada por aceitarem o convite e colaborarem na realização do estudo cujo o objectivo é avaliar quais são as vossas expectativas profissionais futuras. Ou seja, durante este grupo de discussão eu pretendo perceber melhor quais são as vossas perspectivas profissionais, pensamentos, percepções e atitudes futuras. Os resultados da nossa discussão poderão gerar informações importantes que permitam identificar e enumerar quais as vossas expectativas profissionais futuras. Durante estas duas horas de conversa eu irei lançar alguns tópicos de discussão com o objectivo de perceber e ouvir a vossa opinião. É importante referir que não há necessidade de consenso, cada elemento do grupo terá a sua percepção sobre o assunto, diferentes opiniões poderão tornar a discussão ainda mais interessante.

Peço a vossa autorização para gravar a reunião. Recurso que será muito importante para a análise de conteúdo do GF. Volto a referir, tal como podem ler no Consentimento Informado, que vos peço para assinarem se aceitarem participar, será mantido o anonimato de todos os indivíduos que participam no estudo e os dados obtidos serão utilizados somente para a realização do estudo de investigação.

Queria pedir para preencherem um pequeno questionário sobre as vossas características sociodemográficas. Aos questionário será atribuído um código numérico e garantido o anonimato.

Vamos dar início então ao GF, peço que se apresentem e que se sintam à vontade para qualquer comentário ou pergunta que queiram fazer

1ª FASE

Neste momento iniciaram uma nova fase da vossa vida, o início da vossa vida profissional activa. Onde começam a pensar quais as opções futuras e a ter o contacto directo com a vida laboral.

- a. Quando falamos em expectativas profissionais futuras o que costumam pensar?
- b. Açam que é um assunto relevante?
- c. Durante as conversas, com familiares ou colegas é frequente falarem sobre este assunto?
- d. Estão agora a iniciar esta nova fase. Mas desde quando começaram a pensar na vossa vida profissional futura?

2ª FASE

- a. Dia 1 de Janeiro iniciaram o vosso IAC/IE em Évora, como se sentem?
- b. Após todos os anos de formação teórica, intercalada com alguns estágios mais práticos, encontraram o que estavam à esperar quando iniciaram a vossa formação?
- c. A vida de um médico passa por várias fases, desde o internato do ano comum, da especialidade e a progressiva progressão na carreira profissional. Quais os vossos planos relativamente a vossa carreira médica?
- d. Onde gostariam de estar daqui a 10 anos, relativamente à vossa vida profissional?
- e. Nos próximos ano terão de realizar escolhas e tomar algumas decisões. Onde esperam vir a trabalhar? (*público; privado; hospital; cuidados saúde primários; meio rural ou urbano, no país ou no estrangeiro*).
Porquê?
- f. Que especialidade gostariam de vir a exercer?
Porquê?
- g. Independentemente da situação actual do país, o que esperam em termos de rendimento?

3ª FASE

- h. Quais são os principais problemas que esperam vir a encontrar na vossa vida profissional? Porquê?
- i. E as oportunidades? Porquê?

Questão para utilizar no fim em caso de falta de discussão durante o GF:

. Acha que deviam ser realizadas algumas alterações na licenciatura de medicina ou na carreira médica? Quais?

ANEXO III – Questionário sobre as características socio-demográficas entregue durante os grupos focais

Instrumento de recolha de dados

Estudo de investigação: ***“Expectativas face à vida profissional dos futuros médicos de Portugal: estudo qualitativo.”***

Sujeito a consentimento informado escrito.

QUESTIONÁRIO Nº _____

GRUPO FOCAL _____

Caracterização Sociodemográfica

1. Género
 Masculino ☐
 Feminino ☐

2. Onde nasceu?
 Portugal ☐
 Estrangeiro ☐ Onde _____

3. Qual a sua idade:
 _____ (ano nascimento _____)

4. Qual a Faculdade onde realizou o seu curso de Medicina?

ANEXO IV – Formulário entregue para assinatura Consentimento informado Consentimento informado, livre e esclarecido para a participação em investigação

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título da investigação:

“Expectativas face à vida profissional, dos futuros médicos de Portugal: estudo qualitativo.”

Estamos a solicitar a sua participação no estudo “Expectativas face à vida profissional, dos futuros médicos de Portugal: estudo qualitativo.”

O meu nome é Sandra Ferreira, licenciada em biologia e aluna de mestrado em saúde e desenvolvimento do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Gostaria de pedir a sua colaboração para a realização de um estudo. Este estudo pretende perceber quais as motivações, ambições e preocupações dos futuros médicos especialistas em relação às suas perspectivas profissionais futuras. Com as informações recolhidas poderemos construir um questionário, que aborde as preocupações dos alunos e que poderá ser utilizado no futuro por entidades que necessitem de verificar quais as escolhas e perspectivas profissionais dos estudantes de medicina.

O estudo é financiado pelo próprio investigador.

O(a) Sr (a) foi escolhido de entre todos os internos do ano comum da Administração Regional de Saúde do Alentejo. O que pretendemos é compreender alguns dos motivos e preocupações em relação ao seu futuro profissional. Assim, gostaríamos de o convidar a participar num grupo focal ou seja num grupo de discussão de alunos do internato do ano comum.

Não é obrigado a participar e caso recuse participar não sofrerá qualquer prejuízo ou consequência. Garantimos que ninguém vai conseguir ligar as informações que nos der ao seu nome e todos os dados que forem tornados públicos serão apresentados em conjunto e nunca só os seus. Se, depois desta entrevista, quiser desistir do estudo, pode fazê-lo até 29 de Fevereiro (2 semanas após o final da colheita de dados) ligando para a investigadora Sandra Ferreira, tel- xxxxxxxx1.

Investigadora: Sandra Cristina dos Reis Ferreira
Aluna de mestrado em saúde e desenvolvimento.
Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa, 2013;
Contactos: xxxxxxxxx@gmail.com; Tlm: xxxxxxxx1;

Assinatura:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura:

Data: / /

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.